N° 73
12

DES

ARTHRITES SACRO-ILIAQUES

DANS LA PUERPÉRALITÉ

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE — SYMPTOMATOLOGIE

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1903

PAR

Joseph LOUBET

Né à Gatigné, commune de Les Aires (Hérault), le 3 septembre 1876

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............... Doyen
FORGUE .... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale...............	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie...	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale.................	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale...........	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie..	VILLE.
Physiologie......................................	HEDON.
Histologie..	VIALLETON.
Pathologie interne...................	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.	RODET.
Médecine légale et Toxicologie......	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..................	BAUMEL.
Anatomie pathologique...........	BOSC.
Hygiène........	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS E. (O. ✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.. .	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe........................	IMBERT Léon, agrégé
Pathologie générale......................	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU.
de ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

M. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ESTOR, Professeur, *Président.*	MM. PUECH, Agrégé.
GILIS, Professeur.	JEANBRAU, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DÉDICACE

A tous ceux qui ont occupé une place dans ma vie je dédie ce modeste travail. Et ce n'est que justice, car tous y ont directement ou indirectement contribué.

Que mes parents, que mes Maîtres soient donc ici remerciés.

Mais qu'il accepte le témoignage de ma reconnaissance, avant tous les autres, celui qui, depuis mes plus jeunes années, s'est imposé la mission de me conduire à cette étape de ma carrière, qui m'a suivi pas à pas, soutenant mon courage ou excitant ma volonté parfois affaiblie, qui n'a ménagé pour moi ni ses ressources, ni ses veilles, ni son travail. Il a poussé le dévouement jusqu'au sacrifice, et ma dette est de celles qu'on ne peut acquitter. Je lui dois ce que je suis: Je ne l'oublierai jamais.

J. LOUBET.

DES

ARTHRITES SACRO-ILIAQUES

DANS LA PUERPÉRALITÉ

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE — SYMPTOMATOLOGIE

(REVUE GÉNÉRALE)

INTRODUCTION

Ce travail, dernier acte de nos études médicales, a été inspiré par une observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Puech, par les soins de M. Reynès, son chef de clinique, pendant l'année scolaire 1902-1903. Comme un cas unique ne saurait servir de base solide à une théorie quelconque, comme rien de bien stable ne pourrait être étayé dessus, il a bien fallu élargir le cadre de nos recherches et prendre un peu partout les documents indispensables à une argumentation, que nous avions la bonne volonté de rendre beaucoup plus sérieuse qu'elle ne l'est, sans doute, en réalité.

C'est dire que ce qu'on a voulu faire ici est une revision des travaux d'autrui plutôt qu'un travail original. Et comme la matière est vaste, pour ne pas trop distraire l'attention, on

a choisi, parmi les arthrites pelviennes qui surviennent pendant la puerpéralité, l'arthrite sacro-iliaque, la plus importante de toutes. L'inflammation de la symphyse pubienne et celle de l'articulation sacro-coccygienne n'en diffèrent pas d'ailleurs profondément, et ce qui s'applique à l'une peut, au moins en partie, s'appliquer aux autres.

Pour montrer comment la question a été comprise, il est nécessaire :

1° De définir ce qu'est la puerpéralité ;

2° De faire connaître les formes diverses de l'arthrite ;

3° D'établir un plan qui limite et précise le sujet.

Qu'est-ce donc que la puerpéralité ? De l'avis de la plupart des auteurs, la puerpéralité ou état puerpéral est l'époque qui s'étend de l'imprégnation jusqu'à la fin de l'allaitement,ou jusqu'à 3 mois après l'accouchement quand la mère ne nourrit pas (Auvard).

Cet espace de temps est déjà bien long,et il ne nous semble pas qu'on doive, à la suite de Lorain et de ses élèves, y faire entrer la menstruation. Si on entrait dans cette voie à sa suite, il serait fort difficile de s'arrêter et l'on ne voit pas trop pourquoi le développement ovulaire qui précède la ponte de l'ovule n'en ferait pas partie, ce serait alors toute la vie génitale qui constituerait la puerpéralité ; or ce sont deux termes fort différents.

Tel qu'il est avec ses quatre stades : grossesse, accouchement, postpartum, allaitement, le puerpérium paraît encore trop long à certains auteurs, comme Quinquaud, qui proposent de n'y comprendre que la grossesse, l'accouchement et le postpartum qui en est la période de réparation et qui s'étend jusqu'à trois mois environ après cet accouchement.

Quoique inexacte, cette opinion nous suffira pour étudier les arthrites sacro-iliaques pendant la puerpéralité.

Il est évident que toutes les inflammations aiguës ou chroniques qui frappent les articulations en dehors de la grossesse, peuvent frapper pendant la grossesse l'articulation qui nous occupe.

Autrefois, toutes les arthrites étaient noyées dans le chaos confus du rhumatisme, et c'est seulement pendant le dernier siècle qu'on en a séparé les diverses espèces.

Ce sont d'abord les arthrites diathésiques (en prenant le mot diathèse dans le sens le plus large) qui ont été isolées.

Du moment où l'on a connu la tuberculose comme entité morbide, on a noté les arthrites qui l'accompagnent quand la maladie est générale, et l'on a vu la ressemblance de ces manifestations avec les ostéo-arthrites, qu'on ne savait pas encore en être une localisation articulaire.

On a noté de même la coexistence d'arthrites avec les manifestations de la syphilis, et, à cause de l'aspect particulier qu'elles présentent, on les a isolées et décrites à chacune des périodes de la maladie.

On a isolé plus tard l'arthrite blennorrhagique, dont l'essence n'est peut-être pas encore tout à fait connue, et autour de laquelle se battent encore les auteurs comme on se battait en 1866-67, mais dont la forme clinique est parfaitement connue.

On a enfin séparé tout à fait, de nos jours, après les travaux de Bouchard et de ses élèves, les arthrites liées aux différentes infections, et Lapersonne en a donné un tableau qui ne demande qu'à s'agrandir et à se compléter.

En définitive, on connaît à cette heure :

1° Les arthrites rhumatismales, dont la pathogénie est encore ignorée ;

2° Les arthrites syphilitiques ;
3° Les arthrites ou ostéo-arthrites tuberculeuses ;
4° Les arthrites blennorrhagiques ;
5° Les diverses arthrites infectieuses.

Nous ne parlons pas de l'arthrite traumatique, qui peut bien n'être qu'une inflammation sans micro-organismes, qui bien souvent est une arthrite infectieuse et qui, dans tous les cas, n'a pas de place dans le tableau que nous venons de tracer, le traumatisme n'étant qu'un élément étiologique.

Nous ne pouvons, dans les limites que nous nous sommes imposées, étudier toutes ces manifestations articulaires, et nous allons en écarter quelques-unes.

Il n'est certainement pas défendu à une femme grosse ou à une accouchée de faire, par exemple, une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu ; il ne lui est pas défendu de prendre les germes d'une maladie infectieuse qui déterminerait dans l'articulation une inflammation plus ou moins intense ; il n'est pas défendu à cette même femme, si elle est en puissance de la syphilis, de la voir se localiser dans une jointure, et, si une tuberculose locale ou générale se déclare chez elle, d'avoir une ostéo-arthrite de même nature. On doit même dire que les conditions nouvelles créées par la grossesse, l'accouchement, etc., dans les symphyses du bassin, sont favorables à l'éclosion de ces arthropathies. Cependant, il faut avouer que ces affections sont presque aussi fréquentes en dehors de la puerpéralité, et que, d'un autre côté, ces affections sont infiniment plus rares (le rhumatisme polyarticulaire excepté) dans l'état puerpéral que les autres espèces, qui, par ce seul fait, ont mérité le nom de rhumatisme puerpéral que leur avaient donné les anciens auteurs.

C'est surtout à celles-ci que nous nous adressons,et c'est à leur étiologie, à leur pathogénie, à leur symptomatologie que nous nous attacherons.

Voici maintenant le plan que nous avons adopté : C'est en partie celui de M. Budin dans sa leçon de la Charité (avril 1893) ; en partie celui de M. Vinay dans son livre des *Maladies de la grossesse*, paru en 1894.

Nous considérerons d'abord l'articulation sacro-iliaque à l'état normal au point de vue anatomique et physiologique (Chapitre I).

Nous aborderons ensuite l'étude des modifications physiologiques qui se passent dans cette articulation pendant la grossesse et qui sont une ébauche des modifications pathologiques que nous décrirons à leur tour (Chapitre II).

Cette description nous amènera tout naturellement à l'étude clinique et pathogénique des arthrites durant la grossesse (Chapitre III).

Après quoi, nous verrons ce qui peut se produire pendant l'accouchement et les suites de couches, ce qui servira d'introduction à l'étude des arthrites du postpartum (Chapitre IV).

Un chapitre de diagnostic et de traitement, brièvement résumés, un chapitre contenant les observations, termineront ce travail (Chapitres V et VI).

CHAPITRE PREMIER

De l'articulation sacro-iliaque à l'état normal
Anatomie et physiologie

L'articulation sacro-iliaque, trait d'union entre les membres inférieurs et le tronc, ne pouvait manquer d'être étudiée par les anatomistes et les physiologistes, préoccupés surtout de sa solidité et de sa résistance. C'est même pour cela que les auteurs se sont longtemps mépris sur sa vraie nature et l'ont considérée comme une véritable symphyse.

Les accoucheurs, préoccupés à un autre point de vue parce que cette articulation faisait partie du détroit supérieur, avaient cherché à élucider les points encore inconnus de son histoire.

Mais, malgré les travaux de Zaglas 1851, Luschka 1864, Duncan 1876, Meyer 1878, aucune description vraiment complète n'en avait été donnée, lorsque la Renaissance de la symphyséotomie et l'introduction en obstétrique de la position de Walcher (Hangelage, Wolchersgelage, positions d'hyperextension des cuisses sur le bassin) forcèrent anatomistes et accoucheurs à s'occuper d'elle sérieusement.

Alors parurent, en Allemagne, les travaux de Klein, de Balandin, de Korsch, et en France les travaux de Farabeuf et de Pinard. Ces derniers sont en quelque sorte le résumé de toutes les notions acquises pendant la seconde moitié du siècle dernier. La magnifique démonstration que donna Pinard aux accoucheurs réunis à Rome, en 1894, mit les cho-

ses au point, et nous n'avons qu'à nous inspirer de lui pour donner une description complète. Lop, d'ailleurs, en 1895 en donna un résumé à l'usage des praticiens.

L'articulation sacro-iliaque n'est pas une véritable symphyse, comme pourraient le faire croire son peu de mobilité et la couche de fibro-cartilage interposée aux surfaces articulaires (nous la désignerons souvent de ce nom qui a été conservé par les auteurs); c'est plutôt une diarthro-amphiarthrose comme le prouvent la cavité creusée à son centre et la synoviale qui revêt ses ligaments.

Articulation peu mobile, elle possède donc des éléments qui tendent à la solidité, elle possède aussi des éléments qui prouvent sa mobilité.

C'est cet ordre physiologique que nous allons suivre dans notre description.

Lop s'y est déjà conformé dans son exposé.

Les éléments de solidité sont au nombre de 4 :

1° Forme générale des surfaces articulaires ;

2° Détails de ces surfaces et encroûtement fibro-cartilagineux ;

3° Appareil fibro-ligamenteux ;

4° Serrage des flancs du sacrum entre les bras de levier de l'os coxal.

*
* *

Le sacrum a la forme d'un coin s'enfonçant profondément entre les deux os coxaux ; on appelle cette disposition *le coin sacré.*

Dans le sens de la longueur de l'os, elle n'est pas douteuse. Si, à l'aide du compas glissière, on mesure la distance qui sépare les 2 facettes auriculaires à leurs extrémités supérieure et inférieure, on trouve cette distance supérieure beaucoup plus élevée que la distance inférieure.

Mais dans le sens antéro-postérieur, on a pu pendant longtemps se demander de quel côté se trouvait dirigée l'arête du coin sacré ; et il n'a pas fallu moins que les mensurations précises de Lesshaft et Allen Thompson pour démontrer que le rebord dorsal de la facette auriculaire surplombe le rebord pelvien d'au moins un demi-centimètre. Il faut ajouter cependant que l'inverse peut être vrai par exception.

Cette disposition en clef de voûte est très propice pour résister aux pressions venues d'en haut.

*
* *

A cette configuration cunéiforme s'ajoute la configuration des surfaces articulaires.

Leur forme générale est celle d'un croissant ou d'une équerre à concavité postéro-supérieure, correspondant aux deux premières pièces sacrées et à la partie supérieure de la troisième, et cela pour les deux os du bassin.

Si maintenant on considère les détails, on voit que, dans le sens antéro-postérieur, la facette auriculaire de l'os coxal représente un gros bourrelet, ou demi-cylindre plein, un arc concave en arrière et en haut qui s'emboîte dans une gouttière, un demi-cylindre creux, également arqué, que présente le sacrum. De plus, à la partie la plus inférieure de la surface de l'os coxal, au voisinage de la ligne innominée, une sorte de gouttière fait suite au gros bourrelet précité. A ce niveau, l'articulation a la forme d'un S italique couché ∽.

La même disposition en S italique apparaît dans le sens vertical ; c'est-à-dire que, dans la partie supérieure, le sacrum s'avance vers l'os coxal, tandis que c'est l'os coxal qui s'avance vers le sacrum dans la partie inférieure.

Ajoutons à cela qu'au centre même de l'articulation, à la hauteur de la deuxième vertèbre sacrée, se trouve une saillie à base assez large qu'avait vue Paul Dubois, que Mathews

Duncan avait décrite et que Budin nous représente comme un petit rocher conique, un peu irrégulier, situé sur l'os iliaque et pénétrant dans une cavité correspondante du sacrum, ce qui empêche le glissement des surfaces l'une sur l'autre.

En résumé et suivant une expression très suggestive, *les deux os se juxtaposent en s'engrènant.*

Sur les parties articulaires, se trouve d'abord une couche de cartilage hyalin, puis une couche de fibro-cartilage, et tandis que le développement du premier est égal de part et d'autre, le fibro-cartilage qui le recouvre est beaucoup plus épais sur le sacrum que sur l'os coxal. Ce revêtement cartilagineux et fibro-cartilagineux jeté sur les facettes auriculaires, les modifie peu dans leur configuration générale; il ne régularise pas davantage leur surface : très irrégulière sur l'os sec, elle est encore très irrégulière, plus irrégulière même sur le cadavre.

*
* *

Pour maintenir rapprochés et engrénés les os de la ceinture pelvienne on trouve, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, un appareil fibro-ligamenteux très complexe.

Il se compose :

a) De la capsule fibreuse ;

b) Du ligament sacro-iliaque antérieur;

c) Du ligament sacro-iliaque postérieur ;

d) Du ligament ilio-lombaire ;

e) Du grand ligament sacro-sciatique ;

f) Du petit ligament sacro-sciatique.

La capsule fibreuse, en forme de manchon, s'insère d'une part, sur le pourtour de la facette auriculaire de l'os coxal, d'autre part, sur le pourtour de la facette auriculaire du sacrum. Elle est naturellement fort courte, comme dans toutes les articulations peu mobiles.

Le ligament sacro-iliaque antérieur est formé de faisceaux rayonnés qui s'étendent du sacrum à l'os coxal. Ces faisceaux, dont l'importance va en diminuant de haut en bas, s'insèrent d'une part sur la base du sacrum et sur sa face antérieure, d'autre part, après un trajet direct ou plus ou moins oblique, ils viennent se fixer sur l'os coxal surtout au voisinage de la ligne innominée. Le ligament antérieur est peu épais, et en certains points il est uniquement représenté par le périoste, qui passe comme un pont au-dessus de l'interligne, il convient cependant de citer avec Lop un faisceau *oblique descendant ilio-sacré*, un peu plus fort que les autres, et qui joue un rôle dans la limitation des mouvements, de concert avec les ligaments postérieurs.

Ces ligaments sacro-iliaques postérieurs sont disposés en deux plans : un plan superficiel et un plan profond.

Le plan profond forme ce qu'on a appelé peut-être à tort *le ligament interosseux*, puisqu'il est en dehors de l'articulation, et qu'il ne ressemble en rien aux ligaments interosseux des véritables symphyses. Il est composé de trousseaux fibreux dont l'ensemble remplit l'excavation profonde et anfractueuse qui se trouve située immédiatement en arrière de la jointure. Venus de la pyramide iliaque, ces trousseaux se rendent à la partie correspondante du sacum après un trajet court et direct.

Le plan superficiel est formé de 4 faisceaux qu'on peut appeler ilio-transversaires. Les vertèbres sacrées, en effet comme toutes les vertèbres, présentent des apophyses transverses, mais, contrairement à ce qui se passe dans les autres parties de la colonne vertébrale, ces apophyses se divisent à leur naissance en deux parties, l'une ascendante et l'autre descendante. Demi-transverse ascendante de la vertèbre inférieure et demi-transverse descendante de la vertèbre supérieure vont à la rencontre l'une de l'autre, et se

soudent bientôt pour former ce qu'on appelle le *tubercule conjugué.* Il y a ainsi quatre tubercules conjugués, situés à l'union des vertèbres sacrées, en dehors du trou sacré postérieur. L'apophyse transverse du sacrum est formée par la demi-transverse ascendante de la première pièce sacrée.

A chacune de ces saillies osseuses, s'attache un faisceau ligamenteux parti d'un point particulier de l'os coxal.

Le premier faisceau part de la crête iliaque, et s'attache à l'apophyse transverse du sacrum immédiatement au-dessus de la facette auriculaire. Il n'y a pasde nom spécial.

Le second, appelé *vague* à cause de la direction variable de ses fibres, axile parce qu'il paraît être le centre fictif des mouvements du sacrum, va de la pyramide iliaque au premier tubercule conjugué qui regarde la concavité de la facette auriculaire.

Le troisième, appelé *ligament de Zaglas*, est un faisceau gros et court qui s'étend de l'épine iliaque postéro-supérieure au deuxième tubercule conjugué, immédiatement au-dessous et un peu en dedans de la facette auriculaire.

Enfin le quatrième, *ligament sacro-épineux de Bichat*, bandelette à direction verticale, s'insère en haut à l'épine iliaque postéro supérieure et à l'échancrure située au-dessous, en bas sur le troisième tubercule conjugué, ou sur le troisième et le quatrième.

A cet appareil ligamenteux déjà très complexe, s'ajoutent encore des liens extra-articulaires qui limitent les mouvements, et rendent plus solide la symphyse. Pour ne pas allonger ce chapitre déjà considérable, nous nous contenterons de les citer sans les décrire.

Ce sont; 1° Le ligament ilio- lombaire;
2° Le grand ligament sacro-sciatique ;
3° Le petit ligament sacro-sciatique.

— Un autre élément de solidité, un des plus importants, sinon le plus important, consiste dans le serrage du sacrum entre les os iliaques par la résistance des ligaments que mettent en jeu de longs bras de levier rigides Ces bras de levier ne sont autres que les lignes innominées rapprochées en avant par le solide manchon périosseux de la symphyse pubienne.

En effet, si, faisant abstraction des forces iliaques et de la partie de l'os coxal sous-jacente aux lignes innominées, on considère ces lignes prolongées d'une part jusqu'au pubis, et de l'autre jusqu'à la crête iliaque, on se trouve en présence d'un véritable bras de levier appuyé sur l'articulation, résistant par les forts ligaments postérieurs, mais puissamment retenu à l'autre extrémité par l'articulation inter-pubienne, dont les ligaments, déjà forts par eux-mêmes, voient leur puissance augmentée par ce fait qu'ils agissent sur un bras de levier antérieur beaucoup plus long que le postérieur, et qu'ils ont un effort moins grand à développer pour maintenir l'équilibre.

Cet équilibre se maintient d'ailleurs fort bien dans les circonstances ordinaires; mais que la symphyse pubienne soit très relâchée, ou que, dans la symphyséotomie, les ligaments du pubis soient tranchés, aussitôt les pubis se séparent sous l'action seule de l'élasticité ligamenteuse sans qu'aucune autre force ait besoin d'intervenir. Farabeuf et Pinard l'ont très bien démontré.

*
* *

Une articulation aussi formidablement douée pour la solidité semble ne laisser aucune place aux mouvements, et cependant, à priori, on peut prévoir cette mobilité jusqu'à un certain point :

1° Par la présence d'une cavité articulaire ;

2° Par la présence d'une véritable synoviale;

3° Par une disposition spéciale des surfaces.

A la vérité, la cavité articulaire n'est pas ici ce qu'elle est dans une diarthrose, et la disposition déjà citée des faces articulaires ne permet que des mouvements imperceptibles, mais elle existe presque toujours, et rarement il y a synarthrose.

D'autre part, la synoviale qui revêt la face interne de la capsule est bien peu étendue et ses dimensions se trouvent pour ainsi dire réduites à celles de la largeur de l'interligne, mais on ne peut nier son existence. Ici, comme ailleurs, elle envoie dans la cavité de l'article des replis et des franges, ici comme ailleurs elle sécrète de la synovie qui facilite les glissements.

Enfin, le rail creux arqué du sacrum, situé autour du point réputé axile, le croissant également arqué mais en relief de l'ilium, visiblement moulé dans la concavité du précédent, font deviner, au dire de Pinard, la nature et la précision des mouvements des deux os, si peu étendus qu'ils soient.

Quels sont les mouvements qui se passent dans la symphyse sacro-iliaque ? Si l'on envisage le cas où le sacrum se mobilise, et où les os coxaux sont fixes, on a affaire à des mouvements de nutation et de contre-nutation. Dans la nutation, le promontoire se rapproche de la symphyse pubienne, il s'incline en avant comme pour saluer : le contraire se produit dans la contre-nutation. Comme exemple de nutation on peut citer le cas dans lequel, chez un portefaix, le poids d'un lourd fardeau, pesant sur la base du sacrum par l'intermédiaire de la colonne lombaire, oblige la base à se porter en avant tandis que la pointe se porte en arrière. Comme exemple de contre-nutation on peut se figurer un sujet reposant par les reins sur une barre transversale ; dans cette position

le corps entraîne la base du sacrum en arrière d'une part, tandis que d'autre part les membres inférieurs tirent sur l'os coxal et sollicitent la symphyse pubienne à se déplacer en avant.

Ce dernier fait nous montre que l'os coxal peut se mouvoir autour du sacrum resté fixe, et le pubis s'abaisser ou s'élever dans certaines circonstances comme, par exemple, dans la position de Walcher.

La nature intime de pareils mouvements est difficile à analyser. Ils nous paraissent bien complexes puisque l'axe n'est point dans la symphyse même, puisque les surfaces articulaires sont irrégulièrement courbes. Peut-être, à côté de la rotation, faut-il admettre un léger degré de glissement, et un léger écartement des os iliaques.

Quant à l'étendue des mouvements, elle doit être bien faible, puisqu'on considère tout déplacement diagnosticable par l'exploration comme de nature pathologique. Pour Lop, si on les rapporte à l'auricule, ils ne peuvent jamais dépasser quelques millimètres.

CHAPITRE II

De l'articulation sacro-iliaque pendant la grossesse ·Relâchement physiologique et pathologique

Pendant la grossesse, la symphyse sacro-iliaque ne reste pas telle que nous venons de la décrire : elle participe à ce processus d'hypertrophie et de ramollissement qui atteint tous les organes jouant un rôle dans la procréation et qui, lorsqu'il s'applique à l'articulation, en modifie profondément toutes les parties.

Ces modifications, communes à toutes les femmes à un degré variable, sont absolument physiologiques, mais elles peuvent devenir pathologiques par exagération du processus.

1° Relâchement physiologique de la symphyse sacro-iliaque.

2° Relâchement pathologique de cette symphyse.

Voilà l'objet d'étude de ce chapitre, au cours duquel nous nous réservons de nous occuper des procédés d'investigation qui conduisent au diagnostic.

Relachement physiologique des symphyses

Les modifications qui surviennent pendant la grossesse, et qui tendent à rendre souple cette ceinture osseuse solide et rigide qu'est le bassin, atteignent, nous avons dit, tous les éléments de l'article. En effet, rien n'est respecté par le processus de ramollissement.

Les surfaces articulaires par la prolifération des cellules osseuses et des cellules cartilagineuses, par l'accumulation dans le cartilage et dans l'os de corpuscules indifférents, deviennent plus régulières Le fibro-cartilage qui les recouvre, de rugueux et irrégulier, devient lisse et uni.

La cavité articulaire est augmentée dans ses dimensions et la synoviale, plus développée, retient une sorte de liquide qui n'est pas de la synovie pure mais un mélange de synovie et de sérosité jaunâtre. Les cellules épithéliales deviennent moins perceptibles.

Les ligaments sont infiltrés, rouges et fortement vascularisés, leurs fibres augmentent dans toutes leurs dimensions, et par suite de leur hypertrophie deviennent plus épaisses et plus longues qu'à l'état normal, de plus elles sont imbibées par le liquide séreux et leur résistance diminue.

Une conséquence des facteurs précédents est l'agrandissement des dimensions de l'articulation ; celle-ci, devenue plus volumineuse, repousse en dehors les os coxaux, de façon à élargir l'aire du détroit supérieur : c'est la barre de fer chauffée en son milieu et dont les deux extrémités s'éloignent.

Enfin des modifications analogues se produisant dans la symphyse pubienne et entraînant son relâchement permettent, comme l'a montré Budin, chez presque toutes les femmes enceintes, une certaine mobilité. Le serrage du sacrum entre les deux branches de l'os coxal en est diminué d'autant.

On le voit, les éléments de solidité décrits au chapitre précédent sont tous atteints. La mobilité anormale va apparaître.

*
* *

C'est en effet par ce symptôme que se révèle le relâchement physiologique. Avant Budin et Tarnier on croyait que

la mobilité n'existait pas en dehors des douleurs et on ne la recherchait pas. Ces deux auteurs ont démontré au contraire que c'était un fait constant pendant la grossesse, et qu'il suffisait de le rechercher avec soin pour le trouver.

Il faut convenir toutefois que l'exploration de la symphyse sacro-iliaque donne, à ce point de vue, des résultats moins clairs que celle de la symphyse pubienne, dans laquelle, au dire de Bonnaire, la mobilité apparaît dans 98 °/₀ des cas. Peut-être, en raison des dispositions de la jointure, faut-il une mobilité plus grande pour être perceptible.

Quoi qu'il en soit, voici les procédés qu'il faut mettre en œuvre pour la découvrir.

1er procédé (Procédé de Braun). — Cet auteur conseille de pratiquer le toucher rectal en demandant à la femme des mouvements alternatifs des jambes, comme pour l'examen du pubis ; le doigt appliqué sur le bord inférieur de la symphyse sacro-iliaque peut sentir les mouvements, s'il en existe.

2e procédé. — (Procédé de Budin). Il est exactement le même que celui de Braun, seulement, au lieu d'introduire un doigt dans le rectum, on fait le toucher vaginal à l'aide de deux doigts, l'index et le médius.

3e procédé. — (2e procédé de Braun) ce procédé consiste à prendre dans les mains les deux os iliaques et à leur imprimer des mouvements alternatifs. On sent ainsi leur va et vient contre le sacrum.

4e procédé. — (Procédé de Duncan Matthews). Cet auteur recommande de mettre une main à plat sous le siège de la malade et de fixer son attention sur les apophyses épineuses de la crête sacrée et sur les épines iliaques postérieures, l'autre main appuie sur la crête iliaque d'avant en arrière. On pourrait ainsi sentir les mouvements anormaux s'il en existait.

5e procédé. — On pourrait mobiliser les deux os iliaques

sur le sacrum en cherchant soit à rapprocher, soit à éloigner les deux crêtes iliaques. Le degré de mobilité serait mesuré en comparant les diamètres bicrêtes ou les diamètres bi-ischiatiques dans les divers temps de l'expérience.

6e procédé. — On pourrait mobiliser aussi le sacrum, soit directement par des manœuvres agissant sur cet os à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin ou le rectum, soit indirectement en faisant passer la patiente de la position de la taille à la position obstétricale, puis à la position de repos sur le dos, puis enfin à la position de Walcher ou hyperextension des cuisses sur le bassin, comme le faisait Klein dans ses expériences. On mesurerait aux divers temps dans chaque cas, soit le diamètre promonto-pubien, soit le diamètre qui va du pubis à la pointe du sacrum.

*
* *

La mobilité est-elle le seul symptôme qui caractérise le relâchement physiologique? Oui pour la plupart des auteurs. Nous ne craignons pas, pour notre part, d'y ajouter la douleur, que l'on retrouve presque aussi constamment que la mobilité.

Il est vrai que cette douleur est d'une forme particulière, qu'elle n'est jamais spontanée et qu'elle demande, pour être recherchée, une assez grande attention. Elle est, en effet, exactement limitée à l'interligne articulaire et presque aussi précise que la douleur limitée des fractures; de plus elle est assez profonde, de sorte qu'il convient d'employer, pour la mettre en évidence, les procédés qui agissent directement sur l'interligne et une pression assez forte.

Cette douleur n'a rien de pathologique à notre avis. On voit en effet beaucoup de femmes qui vaquent à leurs occupations, qui ne présentent aucun symptôme de relâchement pathologique : pas de troubles de la démarche, pas de dou-

leur qui naisse spontanément, une mobilité presque inappréciable ; et qui accusent à la pression des interlignes symphysaires, par un léger cri, par un mouvement de défense, une douleur pour ainsi dire latente. Faut-il admettre qu'elle nous révèle l'arthrite ? Nous ne le pensons pas et nous croyons qu'elle peut s'expliquer simplement par les phénomènes d'irritation locale qui, d'après Phenomenow, se rapprochent beaucoup de l'inflammation et qui expliquent en grande partie la pathogénie de cet état ?

*
* *

Quelle est cette pathogénie, et à quoi peut-on rattacher les modifications qui se produisent dans l'articulation pendant la grossesse ?

Cubertafon, dans sa thèse de 1894-95, affirme qu'elles sont le résultat de cette action spéciale de la grossesse qui fait que tous les organes qui jouent un rôle dans la procréation s'hypertrophient et se ramollissent. Cela est vrai, sans doute en fait, mais cette action spéciale de la grossesse aurait besoin elle-même d'être expliquée. Elle nous paraît être une pauvre explication pathogénique.

Louis, en 1819, prétendait que l'utérus et son contenu, appuyant sur l'aire du détroit supérieur, produisaient cette disjonction absolument de la même façon que les polypes naso-pharyngiens quand ils repoussent en dehors les os du nez. Cette opinion peut contenir une part de vérité, puisque cette disjonction est surtout prononcée à l'époque où l'utérus est le plus gros et où la tête tend à s'engager.

D'autres, avec Charpentier, sont d'avis que le ramollissement, premier acte de la disjonction, est dû à la stase veineuse, et ils font valoir ce fait, que le relâchement se produit dans les tumeurs abdominales à un degré presque aussi marqué, comme en témoigne la statistique établie par Korsch, en Allemagne.

De son côté, Phenomenow affirme que cela est dû à une sorte de travail inflammatoire, caractérisé par la vascularisation intense des diverses parties de l'articulation, par la multiplication des cellules cartilagineuses et la présence de ce grand nombre de corpuscules cartilagineux et osseux que nous avons notée après lui.

Entre ces différentes théories, la contradiction n'est qu'apparente. On peut admettre que la vascularisation intense par les artères, la multiplication et l'hypertrophie des cellules, cette sorte d'inflammation amicrobienne, est le phénomène le plus important, autour duquel viennent se grouper et la stase veineuse provoquée par la compression, et l'irritation provoquée par l'appui de l'utérus sur le détroit supérieur, et cette autre irritation que déterminent la marche et les mouvements articulaires. Cette inflammation sans germes cadre d'ailleurs très bien avec les notions de pathologie générale que nous possédons et qui expliquent, par exemple, les phénomènes qui se produisent parfois chez les enfants à une certaine époque de la croissance.

Relachement douloureux des symphyses

Du relâchement physiologique ainsi décrit et expliqué, et par son exagération même, on peut passer par gradation insensible au relâchement pathologique, à ce qu'on appelle relâchement douloureux des symphyses et que Braün von Fernwald définit dans le passage suivant de son article sur la disjonction et la rupture des symphyses. « On peut nommer pathologique, dit-il, le relâchement et par suite la mobilité consécutive, quand les douleurs apparaissent, quand il se produit des troubles de la démarche. Il ne peut tenir à la séparation des extrémités de la symphyse. »

Douleur et troubles de la démarche sont donc les symptômes capitaux du relâchement pathologique, les symptômes accessoires étant la mobilité et les craquements articulaires.

La douleur, d'abord peu nette et qui débute toujours d'une façon insidieuse, est plutôt au début un sentiment de lassitude et de faiblesse. Mais bientôt les phénomènes douloureux se précisent, et la marche, la station debout, provoquent dans la région lombaire, dans la région sacrée, dans la région fessière, une sorte d'endolorissement irradié, qui ne semble pas avoir de localisation précise, mais dont l'examen objectif nous révèlera le siège.

Cet examen peut porter sur l'articulation directement, il peut l'intéresser quand on agit à distance par certains artifices.

Sur la symphyse elle-même, on peut pratiquer : 1° la palpation extérieure à travers les segments de la région postérieure ; 2° la palpation extérieure à travers les parois abdominales antérieures ; 3° le toucher vaginal.

« Pour explorer la symphyse sacro iliaque à la partie postérieure, il faut mettre la malade sur le côté opposé à celui que l'on veut examiner. On déprime alors les segments en suivant la crête iliaque du côté correspondant à la lésion, d'avant en arrière. On arrive ainsi à environ deux travers de doigt du milieu du sacrum sur une ligne osseuse proéminente assez perceptible chez les femmes maigres, mais difficile à rencontrer chez les obèses. La pression des doigts, exercée dans cette région, détermine de la douleur si on a affaire au cas qui nous occupe. (Cantin).

Pour l'explorer à travers le ventre, la malade étant sur le dos, on met la main sur la paroi abdominale et on appuie sur la fosse iliaque interne en se dirigeant en arrière et aussi bas que possible, non loin du promontoire, en dedans du psoas. On peut ainsi provoquer la douleur. (Budin).

On peut aussi la provoquer par le vagin. « Mais, dit Cantin inspiré par Bonnaire, l'introduction d'un doigt dans le vagin est insuffisante, il faut y rentrer l'index et le médius, les diriger vers l'un des culs-de-sac latéraux, et, passant à côté de l'utérus aller fouiller dans la direction de l'articulation sacro iliaque. Il existe un obstacle à l'arrivée du doigt derrière la petite échancrure sciatique, et il est dû à la présence des nerfs du plexus sacré, qui passent comme des arcs tendus, en avant des parties postéro-latérales de l'excavation. Les doigts, se déplaçant sur ces cordons nerveux, les font vibrer, comme les cordes d'une lyre, et il en résulte forcément une vive douleur irradiée en bas que l'on pourrait croire provenir de l'articulation elle-même.

Il est donc de toute nécessité, pour éviter cette cause d'erreur, d'écarter les nerfs du plexus sacré, ou, plus exactement, d'insinuer le médius entre eux et les parties molles qu'ils recouvrent. Ce procédé présente d'assez grandes difficultés pratiques, mais en général il est possible, avec un peu d'exercice, d'en tirer des indications positives sur l'état des articulations sacro-iliaques.

Pour agir à distance sur la symphyse, on peut user d'un grand nombre de procédés.

On peut employer le procédé de Bonnaire : « La femme étant dans le décubitus latéral, on place les deux mains sur la fosse iliaque externe, on appuie, en se penchant en avant, du poids du corps sur le bassin ; la force ainsi mise en jeu est considérable, mais ne s'exerce pas brusquement ; il n'y a pas de douleur au point d'appui, mais il arrive que la femme en accuse au niveau de l'articulation. »

On peut, avec Erichsen, rapprocher brusquement les 2 os iliaques, en appuyant sur les deux épines iliaques antérieures et supérieures.

Avec Volkmann, on peut imprimer des mouvements à l'os coxal en saisissant entre les doigts la crête iliaque.

Avec Larrey on peut déterminer la douleur par l'appui brusque que provoque la malade en se laissant retomber assise après s'être un peu soulevée à l'aide des mains.

Par le choc du poing sur le grand trochanter on provoque le choc des surfaces articulaires.

Enfin, on peut appuyer sur la plante du pied, refouler de bas en haut vers la hanche le membre inférieur étendu et soulevé au-dessus du plan du lit.

Tous ces artifices, utiles au début de l'affection, deviennent inutiles plus tard, et la marche, ou même la station debout seule, déterminent de très vives douleurs au niveau des articulations, et des irradiations multiples apparaissent du côté des membres abdominaux de la région lombaire, de la région inguinale, etc.

A côté de la douleur, se place l'impotence fontionnelle. Celle-ci se caractérise par une sensation particulière : il semble aux patientes que le bassin s'écarte, que les os se disloquent, que le tronc va s'enfoncer entre les hanches. Aussi la marche, quand elle est possible, devient-elle caractéristique : C'est un balancement alternatif sur une jambe et sur l'autre, une sorte d'oscillation, les femmes marchent en canards : pour progresser, elles écartent les jambes et soutiennent leurs reins avec leurs mains, tantôt se penchant en avant, tantôt au contraire se cambrant en arrière. C'est, dit Lop, un dandinement de palmipède, avec élargissement de la base de sustentation.

Nous avons parlé plus haut de la mobilité anormale des os, qu'il nous suffise de dire ici que cette mobilité est augmentée dans beaucoup de cas, mais non toujours.

On peut constater aussi des craquements articulaires,

mais ces craquements, peu fréquents dans l'arthrite, sont très rares dans l'affection qui nous occupe.

*
* *

Telle est la symptômatologie du relâchement pathologique des symphyses. Nous avons vu, chemin faisant, que les douleurs vont en s'accroissant jusqu'au moment de l'accouchement. Il en est de même des autres symptômes, qui augmentent en intensité vers la fin de la grossesse. Quand celle-ci prend fin, la marche est enrayée et les jointures reviennent peu à peu à leur état normal ; on dirait une subinvolution analogue à celle de l'utérus. Assez rapide d'ordinaire, il arrive parfois que cette involution se fait lentement et que la mobilité se conserve pendant un certain temps, pendant longtemps encore.

C'est pourtant la terminaison assez rapide qui caractérise le mieux la maladie, c'est aussi le calme que procure le repos, le port de la ceinture, c'est le peu d'influence des conditions extérieures, la température, les règles ; autant de choses sur lesquelles nous n'insistons pas, nous proposant d'y revenir dans le chapitre des arthrites de la grossesse.

*
* *

Quelle est la cause de cet état, quelle en est la fréquence ?

Dans l'étiologie on fait entrer un grand nombre de circonstances isolées ou associées : extrême jeunesse, âge relativement avancé, primiparité, multiparité, développement exagéré de l'utérus, mais surtout le bassin cyphotique et l'exercice immodéré ou les professions qui demandent des mouvements continuels. Mais aucune des causes invoquées n'est caractéristique et n'existe dans tous les cas.

La fréquence du relâchement pathologique a été établie par les recherches de Bonnaire. Sur 500 femmes examinées à l'Asile Michelet, il a noté 77 cas de symphyses douloureuses.

49 fois, la symphyse pubienne était prise seule, soit environ 10 °/₀.

21 fois, les trois symphyses étaient malades, soit environ 4 °/₀.

7 fois, la symphyse sacro-iliaque était prise isolément, soit 1,4 °/₀.

Ce qui donne comme pourcentage total des cas de relâchement pathologique de l'articulation sacro-iliaque 5 1/2 environ.

Ces résultats sont en contradiction avec l'affirmation de Charpentier, qui prétend, dans son traité d'accouchements, que la symphyse pubienne est moins souvent prise que sa voisine.

*
* *

Telle est, brièvement traitée, la question du relâchement de la symphyse sacro-iliaque. Peut être trouvera-t-on ce chapitre trop long, comparé à l'étendue du présent travail. Il nous a paru nécessaire de ne point trop l'abréger à cause de l'importance de ce facteur dans l'étiologie des arthrites de cette articulation.

Et si l'on se rapporte à la théorie de Phenomenow, qui considère le ramollissement des tissus de l'article et la mobilité, comme la conséquence d'un processus d'irritation et d'inflammation, on sera amené à mieux comprendre la pathogénie de certaines formes aiguës et chroniques d'arthrite pelvienne, et à considérer le relâchement comme un intermédiaire entre l'articulation normale et l'articulation enflammée.

On peut donc dire que :

Le Relâchement des symphyses est le grand facteur étiologique des arthrites du bassin.

Le Relâchement des symphyses peut, à lui seul, expliquer la pathogénie de certaines d'entre elles.

CHAPITRE III

Des inflammations de l'articulation sacro-iliaque pendant la grossesse.
Arthrite aiguë rhumatismale.
Arthrite aiguë puerpérale.
Arthrite chronique.

Parmi les arthrites qui frappent l'articulation du sacrum avec l'os iliaque pendant la grossesse, nous devons distinguer trois formes très distinctes au point de vue clinique.

1° L'arthrite polyarticulaire aiguë d'origine rhumatismale;

2° L'arthrite mono ou oligoarticulaire aiguë, appelée aussi arthrite puerpérale;

3° L'arthrite chronique.

Ces trois variétés d'arthrite ont un caractère commun : elles ne tendent pas à la suppuration, mais elles se distinguent nettement, d'abord au point de vue clinique comme il a été dit, puis au point de vue étiologique.

*
* *

L'arthrite polyarticulaire aiguë, qui attaque non seulement les articulations du bassin, mais encore tout l'appareil articulaire, est d'origine rhumatismale, et elle ne diffère pour ainsi dire pas du rhumatisme franc. Au dire de Quinquaud, Tarnier et Charpentier, elle n'est pas une maladie spéciale

à la grossesse. Si nous la décrivons ici, c'est qu'elle peut, dans certains cas, céder la place au rhumatisme chronique.

Elle se développe, nous dit Vinay, chez les femmes entachées d'arthritisme et ayant déjà subi d'autres atteintes, soit en dehors de la grossesse, soit pendant les grossesses précédentes.

Sous l'influence du froid humide surtout, la femme grosse éprouve le frisson initial, des douleurs erratiques, souvent une angine. Puis les douleurs articulaires se déclarent, à moins que celles-ci ne se soient montrées tout d'abord ; douleurs intenses qui ne cessent même pas au repos, mais que le moindre mouvement exaspère, qui apparaissent dans une articulation puis passent à une autre, reparaissent dans la première ou disparaissent complètement, gagnent quelquefois les petites jointures.

L'aspect des parties est caractéristique quand l'inflammation est superficielle : c'est une fluxion blanche dans les grandes articulations, rouge dans les petites, un œdème qui pénètre les parties à tissu conjonctif lâche et provoque des déformations des tissus para et intraarticulaires.

L'état général de la malade est fortement atteint, son teint mat décèle l'anémie rhumatismale, la fièvre est en général très élevée, avec rémission matinale faible. Tandis que les urines sont rares, foncées, chargées en urates et en urée, les sueurs sont abondantes, à odeur aigre, acide, chargées aussi d'acide urique et d'urée. Les fonctions digestives sont assez souvent atteintes : il y a soit de la constipation, soit de la diarrhée. Les fonctions cérébrales s'accomplissent au contraire d'une façon parfaite qui contraste avac l'intensité de la maladie, à moins toutefois que la fluxion ne se localise aux méninges.

Quelquefois des complications se déclarent. Du côté de l'appareil circulatoire de l'endocardite, de la péricardite, des phlébites ; du côté de l'appareil respiratoire, des pleurésies, de la

congestion pulmonaire; du côté des méninges, du rhumatisme cérébral; du côté des organes urinaires, de la néphrite d'ordinaire légère; du côté de la peau, des érythèmes ou des éruptions diverses.

Tel est le tableau abrégé des symptômes et des complications du rhumatisme. Au milieu de cette fluxion générale des articulations, il est clair que la symphyse sacro-iliaque n'est pas épargnée; elle l est d'autant moins que les modifications qui s'y passent la signalent comme un lieu de moindre résistance, auquel elle s'attache d'une façon particulière,

Au surplus, lorsque la symphyse est atteinte, elle subit les mêmes modifications que les autres jointures. Le cours du rhumatisme s'y déroule normalement, il ne se distingue pas, comme le voulait Noorden, par la ténacité des fluxions articulaires, par l'ankylose consécutive, caractères particuliers à la seconde variété d'arthrites aiguës. Tout au plus peut-on signaler à ce niveau une évolution moins rapide et une certaine tendance à la chronicité.

Quelle est la nature de cette affection? Nous l'avons déjà dit plusieurs fois, elle est rhumatismale, et par son étiologie (attaque chez une rhumatisante, influence du froid), et par sa symptomatologie, et par sa marche et ses complications. Si l'on veut pénétrer plus avant, on se trouve en présence de difficultés insurmontables et on est obligé d'avouer son ignorance. Jusqu'au jour où le rhumatisme sera définitivement classé soit parmi les infections exogènes, soit comme diathèse endogène, on doit appeler cette forme arthrite rhumatismale.

*
* *

A côté de ces arthrites aiguës, franchement rhumatismales, nous en trouvons d'autres qui diffèrent des premières par tous leurs caractères cliniques et étiologiques. C'est ce qu'on

a appelé pendant longtemps, et qu'on appelle encore quelquefois, par tradition, rhumatisme puerpéral, ce qui indique que ces sortes d'inflammations n'avaient pas été classées parmi les pseudo-rhumatismes.

C'est autour d'elles qu'on s'est battu depuis la célèbre discussion à la société médicale des hôpitaux de Paris, en 1866 et 1867, et si, à notre époque, on discute encore sur leur nature, si on les rattache à des causes diverses, c'est que leur pathogénie n'est peut-être pas univoque.

Quoi qu'il en soit, leur symptomatologie est parfaitement établie depuis longtemps. L'arthrite aiguë franche débute spontanément ou à la suite d'un traumatisme léger ou grave par des douleurs qui occupent souvent toutes les articulations du bassin ou même celles des membres ; mais ces douleurs généralisées ne sont pas caractéristiques, elles font partie d'un état transitoire qui disparaît souvent pendant la grossesse, toujours après l'accouchement. Dans tous les cas, l'arthrite prend un type définitif monoarticulaire ou oligo-articulaire.

Quand elle se localise au bassin, l'articulation la plus affectée en général, ou la seule affectée, est l'articulation sacro iliaque gauche, sans doute à cause de la fréquence de la position gauche dans les présentations du sommet. Celui-ci pèse fortement sur l'os coxal du côté gauche, et la pression est capable à elle seule de déterminer cette localisation par une sorte de traumatisme permanent ou fréquemment répété.

Une fois constituée, l'arthrite se caractérise par :

1° La douleur ;

2° L'impotence fonctionnelle ;

3° L'empâtement de l'articulation ;

4° L'absence de réaction générale ;

5° Les craquements.

La douleur est le symptôme le plus important. Elle est différente suivant qu'elle est spontanée, considérée au repos, et suivant qu'elle est provoquée par des mouvements ou des pressions.

Au repos, la douleur est continue et plus ou moins violente, ou bien accompagnée de paroxysmes. Le moindre mouvement l'exaspère et la transforme en lancinations extrêmement vives; le plus souvent même, la douleur ainsi aggravée, au lieu de cesser avec le mouvement qui lui a donné naissance, se continue en crises d'une assez longue durée qui provoquent chez la patiente des pleurs et des cris aigus.

La pression provoque absolument les mêmes effets, et l'examen manuel est rendu très difficile. Aussi doit-on renoncer à chercher dans ces cas la mobilité qui nécessite une violence trop grande; il faut même éviter certaines manœuvres un peu trop brutales qui auraient pour but de déterminer le siège exact de la douleur.

Ce siège est situé dans les reins, à la partie supérieure de la fesse dans une région assez étendue, mais il est rare que la malade ne se plaigne que de cet endroit à cause des irradiations multiples qu'affecte la douleur. Ce n'est que par la palpation extérieure, la palpation profonde à travers la paroi abdominale, le toucher, qu'on doit chercher à déterminer le point douloureux, qu'on finit par découvrir au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Les caractères de la douleur une fois définis, on comprend mieux le second symptôme important ; l'impotence fonctionnelle. Celle-ci est telle que non seulement la malade ne reste plus ni debout, ni assise, et se tient dans le décubitus dorsal ou latéral qui la soulage le mieux, mais qu'elle évite le moindre mouvement qu'elle payerait d'un redoublement de souffrances.

C'est par le toucher vaginal qu'on arrive à percevoir le symptôme suivant : le doigt, conduit par le vagin sur l'articulation comme nous l'avons exposé précédemment, permet de sentir à ce niveau un bourrelet longitudinal très nettement limité (les tissus péri-articulaires ne sont pas œdématiés comme dans la fluxion rhumatismale), qui est le siège d'une très vive sensibilité.

Un autre signe, perçu par la main du médecin et dont la malade se rend parfaitement compte, est constitué par les craquements articulaires; ces craquements ne sont pas constants quoiqu'ils soient plus fréquents que dans le relâchement pathologique.

Au milieu de symptômes qui paraissent si graves, l'état général reste bon comme dans une manifestation morbide purement locale. La température reste normale ou s'élève peu, le pouls n'est ni rapide ni dépressible, les fonctions digestives s'accomplissent bien, le rein est ouvert et donne des urines abondantes, contraste frappant avec ce qu'on voit dans le rhumatisme aigu franc.

L'évolution, la durée, la terminaison, diffèrent beaucoup aussi de ce qu'elles sont dans le rhumatisme.

Cette arthrite à demeure fixe y reste embusquée longtemps, et ce n'est que par degrés qu'elle arrive à la guérison. D'abord les petits mouvements deviennent possibles sans douleur, puis la pression devient tolérable, mais la station debout ou la position assise sont encore impossibles, enfin les douleurs s'amendant de plus en plus, la marche se rétablit petit à petit, l'affection a duré un mois ou un mois et demi environ.

Heureuse encore la malade si l'arthrite ne passe pas à l'état chronique, si l'affection commencée pendant la grossesse se termine avant l'accouchement, car il peut ne pas se produire alors une rechute, souvent plus grave que ce qui l'a précédée,

heureuse si l'arthrite guérit sans laisser de trace, car il faut savoir qu'elle a une tendance déplorable vers l'ankylose (13 fois sur 15 d'après une statistique) ; car elle produit des fausses membranes qui s'organisent et qu'il est plus tard impossible de rompre et qui, rendant le bassin rigide, le mettent dans des conditions d'infériorité pour les accouchements suivants. D'ailleurs, ce n'est pas seulement de cette façon que l'avenir est engagé : la malade peut guérir parfaitement, puis à la grossesse suivante recommencer sa maladie, comme l'a montré Budin par l'observation que nous citons à la fin de ce travail.

Nous voici maintenant arrivés au diagnostic et à la question obscure de la pathogénie.

D'après la description que l'on vient de lire, il est impossible de confondre cette arthrite avec l'arthrite rhumatismale. Il n'y a qu'à poser en face les termes de comparaison pour n'avoir aucune chance de faire erreur.

D'un côté : *a*) invasion par un frisson, *b*) polyarticularité, *c*) phénomènes généraux et fièvre intense, *d*) tuméfaction intra et extra-articulaire, *e*) très grande mobilité et évolution rapide, *f*) guérison sans ankylose.

D'autre part : *a*) invasion par des douleurs erratiques, *b*) fixation sur une seule articulation, *c*) pas de phénomènes généraux, *d*) tuméfaction limitée à l'articulation, *e*) ténacité pour l'articulation choisie, *f*) presque toujours guérison avec ankylose.

Comme on le voit, l'opposition est complète. La douleur seule est commune, et encore faut-il distinguer entre la douleur plus diffuse de l'une et la douleur plus localisée de l'autre.

A quelle affection pourrions-nous comparer un pareil état morbide. Il y a un rapprochement qui s'impose, c'est celui

de l'arthrite blennorrhagique. Quelques auteurs anciens avaient saisi cette ressemblance, mais à Lorain et à ses élèves (Vachée, Vaille, Ragot, Braunberger) revient l'honneur d'avoir appelé l'attention sur ce fait. Seulement comme la nature de la blennorrhagie était inconnue à cette époque, comme beaucoup d'écoulements sans gonocoques étaient considérés comme blennorrhagiques, comme Lorain croyait que la femme enceinte est toujours une femme malade en ce qui concerne les organes génito-urinaires, il avait trop étendu la compréhension de cette arthrite en l'appelant Arthrite génitale.

Déjà à cette époque Féréol et Pidoux donnaient le virus blennorrhagique, la lues gonorrhœa des Allemands comme cause du rhumatisme puerpéral.

Bouchard, en 1882, affirma l'identité des deux variétés d'arthrites. Ce fut l'époque des recherches cliniques et bactériologiques. Patenostre démontra chez plusieurs femmes atteintes d'arthrite puerpérale la présence d'un écoulement blennorrhagique, il remarqua dans certains cas la coïncidence de l'arthrite de la mère avec l'ophtalmie purulente de l'enfant. Plus tard, Fournier publia 4 observations d'arthrites sacro-iliaques véritablement blennorrhagiques, enfin Vinay publia 5 observations, et dans un cas, il avait pu trouver du gonocoque sur le col utérin.

Il est donc probable que, dans un certain nombre de faits, l'arthrite est sous la dépendance de la blennorrhagie. « On devait s'attendre à cela, nous dit Vinay, car la fécondation et la blennorrhagie résultent d'un mécanisme identique, car l'état de gravidité ainsi que le travail de l'accouchement sont des conditions qui favorisent la multiplication des gonocoques et rendent plus marquées les manifestations qu'ils provoquent, l'un par la congestion qu'il détermine au niveau des organes génitaux externes, l'autre par le traumatisme inséparable de la parturition.

Mais si nous admettons cette notion pathogénique sans conteste, nous ne pouvons en repousser un certain nombre d'autres, et nous devons nous tenir dans une prudente réserve, car, si dans quelques cas rares on trouve des diplocoques au milieu du liquide articulaire, il ne manque pas de faits négatifs dans lesquels ni examens directs, ni ensemencements multipliés sur les divers milieux, n'ont permis de constater des bactéries d'aucune espèce. Certaines recherches ont même abouti à démontrer la présence de microbes pyogènes. Il est fort possible que certaines arthrites de la grossesse relèvent aussi de la pyohémie atténuée, de quelque ferment d'origine inconnue. Il est même probable que ces diverses formes peuvent se combiner entre elles et donner lieu à des variétés dans les symptômes et la terminaison » (Vinay).

*
* *

A côté de la forme aiguë oligoarticulaire, nous trouvons une forme chronique également oligoarticulaire dont nous allons maintenant tracer le tableau pour pouvoir la mettre en parallèle avec la première et le relâchement pathologique des symphyses, et dégager de cette comparaison sa véritable nature.

La symphysite chronique peut prendre naissance de trois façons. Elle peut succéder à une arthrite primitivement aiguë, soit que celle-ci n'ait jamais eu l'acuité ordinaire et se soit prolongée plus que de coutume à l'état subaigu, soit que la forme aiguë, s'atténuant graduellement, n'ait jamais pu s'éteindre complètement.

Elle peut succéder au relâchement des symphyses, c'est-à-dire s'installer à un moment où le relâchement est déjà commencé.

Elle peut enfin être primitive, prendre naissance au début même de la grossesse sans cause appréciable avec la mobi-

lité articulaire, et évoluer lentement sans jamais arriver à une intensité très considérable. Cette dernière forme étant la plus pure et sans mélange d'aucun état voisin, c'est elle que nous prendrons pour type de notre description.

C'est la douleur qui caractérise essentiellement l'arthrite chronique, mais cette douleur diffère beaucoup de celle de l'arthrite aiguë. D'abord, elle n'est ni constante, ni continue, et la femme, lorsqu'elle n'est pas soumise à certaines conditions ne souffre pas, ou du moins les douleurs, au lieu d'être continues, se traduisent par des sensations assez bénignes et passagères.

Chez une malade chroniquement frappée d'arthrite, quelles sont donc les conditions qui aggravent les douleurs ?

Ce sont :

1° L'apparition d'une seconde grossesse ;

2° La fatigue ;

3° Les règles ;

4° Les influences climatériques.

L'influence de la grossesse est fort nette dans certains cas, et Bonnaire put, en se basant sur l'aggravation des douleurs, diagnostiquer une grossesse commençante. D'ailleurs, cette influence se manifeste non seulement par la provocation de la douleur, mais encore par son aggravation progressive jusqu'à l'accouchement. Pendant les deux derniers mois, en effet, ces douleurs deviennent très considérables et se rapprochent de celles de la forme aiguë. Ceci nous démontre bien l'influence du relâchement des symphyses sur la production et le développement des arthrites pelviennes, l'arthrite apparaissant au moment où la symphyse se ramollit, et s'aggravant quand le ramollissement s'accentue. Ces douleurs nouvelles d'une intensité variable, provoquées par la grossesse, peuvent être fort vives, au point que, pour les

atténuer, la femme n'a d'autre ressource que de se condamner à un repos presque absolu.

La fatigue est un des agents qui aggravent les douleurs. En dehors de la grossesse, elle peut les provoquer à elle seule; mais c'est surtout lorsqu'elle est unie à la grossesse que son influence est manifeste. Les femmes chez qui la marche et la station debout étaient à peine pénibles en temps ordinaire, sont obligées, après chaque nouvelle fatigue, de rester longtemps couchées dans leur lit pour obtenir un apaisement de leurs douleurs violemment accrues.

Les règles sont aussi un agent d'aggravation. Elles peuvent déterminer des douleurs quelques jours avant leur arrivée, et ces douleurs persistent pendant toute la durée des règles pour ne prendre fin qu'après leur disparition. Les modifications de la zone génitale se sont transmises à la zone périgénitale, et l'on a eu dans cette ponte ovulaire les mêmes effets qu'après l'accouchement fœtal.

Les influences climatériques peuvent aussi se faire sentir, et il suffit souvent d'un changement de temps, d'une augmentation ou d'une diminution de la pression atmosphérique, d'une saute brusque du vent pour que les douleurs apparaissent. Alors, tout comme les rhumatisants, le patient est capable de prévoir dès l'apparition des douleurs un changement dans les conditions atmosphériques.

Tels sont les caractères de la douleur née pour ainsi dire spontanément ; mais on peut la provoquer par la palpation et l'exploration conduites de la façon que nous avons exposée plus haut.

Nous pouvons ajouter à ces caractères l'absence de l'œdème qui, constant dans les inflammations aiguës, n'existe pas dans les inflammations chroniques, ce qui explique l'absence de modification dans la forme des articulations.

Telle est la symptomatologie de l'arthrite chronique. Si on

envisage son évolution, on la voit s'éterniser dans une ou plusieurs articulations, disparaître et apparaître successivement suivant les conditions extérieures, mais ne cesser qu'après un temps très long, souvent après des années, quelquefois jamais. C'est par là qu'elle diffère profondément d'autres états analogues.

En effet, par de nombreux caractères, elle se rapproche du relâchement pathologique des symphyses, par d'autres de l'arthrite rhumatismale.

Si on essaye de mettre en face l'arthrite chronique telle qu'elle vient d'être décrite et le relâchement pathologique des symphyses, on trouve, des deux côtés, les symptômes suivants :

1° Douleur et sensibilité à la pression ;

2° Apaisement de la douleur par le repos ;

3° Impotence fonctionnelle.

Mais 1° tandis que la mobilité des symphyses débute toujours pendant la grossesse, l'arthrite ne se montre souvent qu'après l'accouchement.

2° Tandis que dans le premier cas le port de la ceinture suffit à abolir la douleur, dans le deuxième elle est incapable de la supprimer complètement.

3° Le port de la ceinture est capable d'empêcher la reproduction du relâchement des symphyses, il ne fera rien contre l'aggravation de l'arthrite pendant la grossesse.

4° Dans le relâchement pathologique, l'impotence fonctionnelle est supprimée par le port de la ceinture ; elle persiste atténuée dans l'arthrite parce que la douleur spontanée n'est pas abolie.

5° Tandis que les règles et la température n'ont pas d'influence sur le relâchement pathologique, elles en exercent une très grande sur l'arthrite.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que ces deux états soient

complétement séparés, ils existent souvent ensemble, et, comme on l'a dit, il arrive au début que l'un précède l'autre et lui donne pour ainsi dire naissance par l'irritation constante qu'il détermine. Martin a pu, dans un cas, très bien analyser ces phénomènes. Le port de la ceinture abolissait l'impotence fonctionnelle, mais ne faisait pas cesser la douleur, ce qui signifie que la mobilité avait cédé, non l'arthrite.

Dans un autre cas, il vit les symptômes disparaître par l'application de la ceinture, mais réapparaître aussi dès qu'on l'eut enlevée, ce qui signifie que le relâchement pathologique existait seul.

Ainsi séparée du relâchement pathologique des symphyses, l'arthrite chronique est encore plns loin de l'arthrite aiguë oligoarticulaire; elle en est éloignée de toute la distance qui sépare une maladie chronique d'une maladie aiguë. Sans doute, l'arthrite aiguë précède souvent l'arthrite chronique, et il semble possible d'affirmer que ces deux affections sont de même nature. Cette hypothèse paraît séduisante, et nous reconnaissons qu'il peut exister de pareilles arthrites chroniques, mais on ne doit pas conclure que l'arthrite chronique est toujours une arthrite aiguë qui se prolonge; nous croyons qu'il intervient des facteurs nouveaux que nous ne pouvons toujours déterminer, et il nous paraît plus raisonnable de rattacher ces arthrites au rhumatisme chronique. Dans les deux cas en effet, on observe :

1° Des douleurs variables suivant les circonstances extérieures : « froid, règles, grossesse » et localisées à toutes les articulations du bassin ;

2° L'hérédité rhumatismale chez toutes les femmes observées, et souvent aussi des antécédents rhumatismaux ;

3° Le caractère spécial aux douleurs chroniques, qui fait que les articulations raides au début se dérouillent en quelque sorte peu à peu par l'entraînement.

Au reste, les caractères de cette arthrite se rapprochent beaucoup de ceux de l'arthrite sacro-coccygienne, qui est manifestement de nature rhumatismale. Pour n'en citer que deux, nous indiquerons leur coexistence fréquente et le surmenage génital constant dans l'étiologie.

C'était l'opinion de Bonnaire, qui a inspiré la thèse de Cubertafon.

CHAPITRE IV

De l'articulation sacro-iliaque pendant le postpartum.
Rupture de la symphyse.
Arthrite aiguë non suppurée.
Arthrite aiguë suppurée.

Dans un chapitre précédent nous avons parlé des modifications qui se produisent dans les articulations pendant la grossesse. C'est le moment de reprendre cette étude et de voir ce qui se passe dans les symphyses pendant l'accouchement et le postpartum. Au point où nous en sommes arrivés, nous nous trouvons en présence de trois alternatives :

1° Ou bien la symphyse est simplement un peu ramollie ;

2° Ou bien elle présente du ramollissement pathologique ;

3° Ou bien elle est en puissance d'une arthrite.

Dans le premier cas, la symphyse évolue normalement après l'accouchement, et la subinvolution que nous avons signalée plus haut se produit et ramène l'articulation à son état primitif, celui qui existait avant la grossesse ; ou bien il survient des phénomènes pathologiques.

Dans le second cas, comme nous l'avons vu, le relâchement pathologique peut céder presque aussitôt après les couches, ou se prolonger longtemps encore et passer à l'état chronique ; dans d'autres cas, à ce relâchement s'ajoutent des phénomènes pathologiques.

Dans le troisième cas enfin, l'inflammation qui existait déjà est d'ordinaire augmentée et prend une intensité consi-

dérable. Dans la forme aiguë, les douleurs deviennent plus vives, et, si elles étaient presque éteintes, elles reprennent leur acuité par suite d'une rechute. Dans la forme chronique, l'accouchement peut passer presque sans influence, il peut déterminer simplement un paroxysme douloureux de courte durée, ou bien il peut amener l'arthrite à l'état aigu pour un long espace de temps.

Nous ne voulons pas examiner toutes ces éventualités, qu'il nous suffise de les avoir signalées ; mais il nous paraît nécessaire d'appeler l'attention sur un fait pathologique qui se passe d'ordinaire pendant l'accouchement et qui n'est pas sans avoir de l'influence sur les suites de couches. Nous voulons parler de la rupture des symphyses, phénomène très important qui, avec le relâchement de ces mêmes symphyses, constitue presque toute l'étiologie des arthrites du postpartum.

Quand il y a disproportion entre le volume de la tête fœtale et l'espace présenté par la voie pelvienne, si l'accoucheur ou les contractions utéro-abdominales sollicitent énergiquement la sortie de l'enfant, il pourra en résulter soit une fracture du crâne fœtal, soit la rupture d'une des symphyses pelviennes Il y a donc deux sortes de ruptures : les ruptures spontanées liées aux conditions normales de l'accouchement et de ses suites, et les ruptures traumatiques, si nous pouvons ainsi parler, dues à l'intervention d'un agent étranger.

Les ruptures spontanées peuvent se produire dans diverses circonstances : au moment où la tête passe du détroit supérieur dans l'excavation, c'est le cas le plus fréquent ; au moment de son dégagement ; au moment de l'engagement ou du dégagement des épaules ; quelquefois même pendant la rotation de la tête si celle-ci reste longtemps au fond du bassin. Il n'y a pas jusqu'à la sortie du placenta qui

puisse être cause de rupture (observation citée dans l'article de Braun). On a vu aussi la symphyse du pubis se rompre pendant les suites de couches : Galvagni cite le cas d'une femme qui, trois jours après son accouchement, s'étant levée pour uriner, se déchira la symphyse au moment où elle faisait effort pour remonter sur son lit.

D'ailleurs, les cas ne sont pas rares où la rupture s'est produite avec une petite tête et un bassin fort grand. Il faut, dans ces cas, adopter comme mécanisme de la rupture la théorie de Martinelli : tandis que les muscles adducteurs de la cuisse tirent en bas, ces muscles abdominaux tirent en haut, en sens contraire ; ou bien adopter une théorie différente, variable selon les cas.

Les ruptures que nous avons appelées traumatiques se produisent surtout au moment où la tête, sous l'effet des tractions exercées par la main ou le forceps, passe du détroit supérieur dans l'excavation, ou lors de son passage dans l'excavation ou le détroit inférieur.

Lorsque la rupture se fait dans les symphyses postérieures, c'est par le refoulement du sacrum : de là, la tendance des os du pubis à se rapprocher en avant et à s'écarter un peu en arrière, les articulations ilio-sacrées s'écartant toujours à leur partie antérieure. La distension subite des ligaments de l'articulation sacro-iliaque donne lieu à une déchirure plus ou moins étendue des ligaments qui maintiennent les os en rapport. Le ligament antérieur se soulève, tandis que le périoste sous-jacent se décolle, et un de ses faisceaux, le faisceau ilio-sacré qui limite les mouvements de nutation, se tend fortement; une partie du ligament postérieur se déchire ou se décolle lorsque l'écartement est assez considérable.

Par quels signes se révèlent ces ruptures?

Au moment même de la rupture :

1° Par la douleur aiguë qui se produit ;

2° Par le bruit de craquement ;

3° Par la sensation de résistance vaincue.

Lorsque la rupture est effectuée : par l'écartement des pièces articulaires.

Plus tard enfin et dans quelques cas seulement : — Par une inflammation consécutive.

La douleur a été comparée par les auteurs à une sensation extrêmement vive de déchirement qui dure encore lorsque la tête, ayant progressé, se trouve dans l'excavation.

Le bruit de craquement est perçu subjectivement par la malade, il est aussi perçu par l'accoucheur et les assistants qui sont rapprochés. Quelquefois, il est si fort que les assistants même éloignés l'entendent. C'est un bruit assez semblable à celui que produit la tête humérale qui rentre brusquement dans la cavité articulaire, pendant la réduction d'une luxation de l'épaule.

La sensation de résistance vaincue se manifeste à l'accoucheur qui tire sur le forceps ou sur les parties fœtales dans l'extraction manuelle. Dans les deux cas, la tête, retenue au-dessus du détroit supérieur, s'enfonce tout à coup dans le petit bassin, et le fœtus ne résiste plus aux tractions qu'on exerce sur lui.

Tous ces signes se produisent au même moment, c'est l'affaire d'un instant très court.

La rupture une fois constituée, on peut la reconnaître à l'écartement des pièces de la jointure ilio-sacrée que le toucher vaginal nous révèle.

Et lorsque plus tard une inflammation se déclare au cours du postpartum, il faut être prévenu de la rupture antérieure possible pour ne point laisser égarer son diagnostic étiologique.

Si l'on fait abstraction des inflammations qui ont pris naissance pendant la grossesse et qui se continuent pendant les suites de couches, on se trouve en présence de deux sortes d'arthrites sacro-iliaques du postpartum :

Les unes sont des arthrites aiguës sans suppuration.

Les autres sont des arthrites suppurées.

A la 1re classe appartiennent : *a)* Des arthrites polyarticulaires franchement rhumatismales ; et l'on comprend très bien que, chez les arthritiques ayant déjà subi des atteintes articulaires, le rhumatisme s'installe facilement, car au moment de la lactation, les humeurs subissent, dans leur composition, une variation qui les rapproche de celle des diabétiques et des malades à dyscrasie acide.

Le tableau clinique est dans ce cas absolument le même que celui que nous avons esquissé plus haut à propos du rhumatisme de la grossesse, peut-être l'évolution est ici un peu plus allongée.

b) Des arthrites oligoarticulaires, des symphysites dont la pathogénie peut être variable, mais dont les symptômes sont absolument les mêmes dans tous les cas et ressemblent à ceux qui ont été précédemment décrits.

c) Nous n'insistons pas sur ces deux formes, mais nous désirons nous arrêter sur une troisième qui dépend, au dire de Quinquaud, du puerpérium infectieux et qui montre bien que l'infection peut ne pas être pyogène.

Cette forme a les débuts de l'infection puerpérale. Elle éclate sans doute un peu tard, dans la deuxième semaine qui suit l'accouchement, mais elle débute par un frisson dans beaucoup de cas : celle-ci est assez violente pour qu'on s'imagine être en présence d'une de ces infections utérines encore trop fréquentes, et l'on cherche en vain de ce côté, lorsque apparaissent les douleurs qu'on parvient à localiser après un examen assez circonstancié ; plus tard, se montrent quelque-

fois de la rougeur et de l'œdème qui semblent indiquer la suppuration prochaine de la symphyse. En deux ou trois jours les symptômes ont acquis leur summum d'acuité ; ils ne vont pas plus haut, ils décroissent au contraire d'une façon beaucoup plus lente qu'ils ne se sont établis. La réaction a été relativement faible, et, sauf les douleurs, tout indique une affection bénigne qui guérira sans qu'il soit besoin d'une thérapeutique active.

A quoi tient cette forme? Sans doute à la résorption par les parois de l'utérus et du vagin des extravasations sanguines où se cultivent les micro-organismes. Ces organismes ainsi résorbés ne sont sans doute pas assez nombreux ou assez virulents pour déterminer la suppuration de l'article.

Telle est la façon dont on peut comprendre cette forme, dont la description se rapproche des débuts de l'arthrite suppurée que nous allons maintenant étudier.

L'arthrite purulente après l'accouchement était fréquente autrefois, au même titre que l'infection puerpérale ; elle devient une rareté pathologique maintenant que l'antisepsie et l'asepsie ont pris une large part en obstétrique.

Nous pouvons, avec Dührssen, qui a traité la question d'une façon complète, envisager deux cas.

1° Cas dans lesquels il se produit une infection générale de l'organisme et où des abcès métastatiques se forment dans les articulations du bassin.

2° Cas dans lesquels n'existent que les symptômes de l'arthrite locale et qu'on était tenté autrefois de rapporter à une arthrite primitive, mais qui tiennent eux aussi à une infection.

Dans le premier cas on note tous les symptômes de la pyohémie; au frisson violent du début, assez semblable à celui de la fièvre paludéenne, succède un état adynamique très

prononcé. Le faciès est altéré, grippé et abattu, le teint plombé couleur feuille morte, puis subictérique. Il y a de l'anorexie et de l'amaigrissement ; la peau se couvre d'un enduit pulvérulent, le nez se pince, les narines sont sèches, la langue est grillée, la muqueuse buccale fuligineuse ; l'haleine prend une odeur fade assez analogue à celle du pus. Cet accès initial se répète à intervalles irréguliers, et chaque fois l'état adynamique devient plus prononcé jusqu'à la mort, qui est la terminaison ordinaire et qui peut survenir de plusieurs façons, suivant les localisations qui se produisent. Pendant ce temps, tandis qu'il se produit des abcès métastatiques dans différents organes, des abcès de même nature peuvent se former dans les articulations ; alors aux symptômes précédents viennent s'ajouter ceux de l'arthrite purulente, c'est-à-dire : douleur, rougeur, empâtement et un certain degré de chaleur locale.

Dans le second cas, les choses ne se passent pas de la même façon. Il y a infection ainsi que le montre la température, quelquefois un frisson initial, mais le frisson ne se reproduit pas. L'état général n'est pas grave comme dans la forme précédente ; on note cependant un certain degré d'adynamie, de la courbature, de la céphalalgie, une soif vive, un peu d'anorexie ; la langue est saburrale, les urines sont chargées d'urée. Dès la première semaine après l'accouchement, nous dit Dührssen, apparaît la localisation articulaire.

La patiente éprouve dans la région sacrée une gêne à laquelle ne tarde pas à succéder la sensation d'une douleur sourde d'abord, quelquefois vague, mais bientôt vive et aiguë. Cette douleur persiste au repos et donne lieu à des battements, des lancinations dans la jointure atteinte. Elle s'exaspère par le moindre mouvement du tronc et des membres mettant en jeu les muscles insérés sur le bassin. La

marche, la station debout, sont impossibles ; la malade, couchée sur le dos, garde un repos absolu.

Les parties affectées sont chaudes, la pression y détermine de très vives souffrances. Tout autour se montre une tuméfaction souvent considérable à laquelle participent parfois les tissus voisins. Si l'inflammation suit son cours, du pus se forme dans les symphyses, la douleur devient profonde et pulsative, et l'état général se modifie : le pouls est petit et serré, la langue blanche et sèche, les urines rares et épaisses.

Localement on peut provoquer une fluctuation profonde.

Le pronostic d'une pareille affection était autrefois très sérieux et la mort s'ensuivait souvent. Alors, en effet, on n'ouvrait pas les articulations, et la maladie, livrée à elle-même, produisait la fièvre hectique fatalement mortelle, à moins que, par un heureux hasard, l'articulation s'ouvrant d'elle-même, une suppuration sans fin ne s'établît, aboutissant quelquefois à une guérison lente.

Aujourd'hui, on ouvre l'articulation hâtivement, et, après avoir donné issue au pus, on fait un pansement antiseptique qu'on renouvelle autant de fois qu'il est nécessaire. Cette conduite très sage est le chemin qui conduit presque toujours à la guérison, et les proportions des guérisons sont plus fortes à cette heure que ne l'étaient autrefois les proportions des cas de mort, qui s'élevaient, d'après la statistique de Dührssen, à 80 %.

Quels sont les agents de ces suppurations ? Doléris, Arloing, Chauveau, en ont décrit plusieurs espèces, mais la plus fréquente est sans contredit le streptocoque seul ou associé au staphylocoque. Les microbes en culture dans les plaies des organes génitaux y deviennent excessivement virulents, et, soit par la voie veineuse, soit par la voie lymphatique, pénètrent dans les articulations. A la faveur du

ramollissement des tissus articulaires, de la prédisposition inflammatoire qu'ils possèdent parce qu'ils sont constamment irrités ; à la faveur du traumatisme, produit parfois par la distension ou la rupture des liens articulaires ; à la faveur des extravasations sanguines qui leur fournissent un terrain de culture admirable, ils y pullulent et forment l'abcès articulaire qui est le terme le plus élevé de ces inflammations des symphyses du bassin, et qui en est aussi le plus redoutable, si l'on n'y porte un prompt remède, car lui seul met en danger la vie de la malade.

CHAPITRE V

Diagnostic et Traitement

Dans les chapitres précédents, nous avons formulé en passant le diagnostic entre les formes diverses de l'arthrite sacro-iliaque qui peuvent se produire dans la puerpéralité. C'est à dessein que nous avons oublié la sacro-coxalgie ; nous allons y revenir ici. Nous établirons ensuite le diagnostic entre les arthrites de l'articulation ilio-sacrée et les affections qui frappent les articulations ou les organes voisins.

L'*ostéo-arthrite sacro-iliaque*, quand elle n'est pas fistulisée, se rapproche de l'arthrite de la même jointure par certains symptômes : mêmes douleurs provoquées, même impotence fonctionnelle, mêmes irradiations, mais ici l'inspection démontre la présence de la tumeur froide avec sa faible réaction sur les parties avoisinantes. De plus, son évolution à début torpide, sa marche lente et progressive si elle n'est pas traitée, la coexistence fréquente de tubercules dans les viscères, sont des caractères propres à la sacro-coxalgie.

L'*arthrite sacro-coccygienne* est caractérisée par une douleur siégeant sur la ligne médiane ; la pression du doigt la réveille, soit à la base, soit à la pointe du coccyx ; elle est plus marquée encore lorsqu'on pratique le toucher et le palper combinés, la main externe étant mise à plat sur le siège. Dans la symphysite sacro-iliaque, au contraire, la douleur siège sur les parties latérales de l'excavation.

L'*arthrite coxo-fémorale* débute par une douleur souvent localisée en un point éloigné de la jointure malade, au genou, au talon. Plus tard, apparaissent les signes caractéristiques : empâtement de l'articulation, engorgement des ganglions du triangle de Scarpa, contracture musculaire et attitudes vicieuses du membre.

Dans les *affections utérines ou péri-utérines*, la douleur provoquée par le toucher vaginal siège au centre de l'excavation ; elle est excentrique dans les affections de l'articulation qui nous occupe.

L'*inflammation du psoas* est facile à différencier. En effet, le membre du côté malade se met bientôt en flexion et rotation externe, et les douleurs se localisent le long de la colonne vertébrale et dans la fosse iliaque.

Dans la *sciatique,* le point d'émergence du nerf est douloureux, mais ce point n'est pas le seul : on peut en trouver d'autres au niveau du grand trochanter, du creux poplité, de la tête du péroné et de la malléole externe. Et ce point d'émergence même est en dehors et en bas par rapport à la symphyse. Enfin, dans la névralgie sciatique, la douleur est intermittente, elle s'irradie le long du membre et s'accompagne parfois de troubles sensitifs cutanés et d'atrophie musculaire.

L'arthrite sacro-iliaque ne sera pas confondue avec cette affection que Budin appelle *vaginisme profond* et dont il donne la description suivante : « Il est des femmes, dit-il, qui accusent des douleurs continuelles dans le bassin ; elles souffrent quand elles marchent, lorsqu'elles s'assoient. Si on pratique le toucher vaginal, on exagère cette douleur, surtout lorsqu'on imprime à la main des mouvements pour explorer l'utérus et ses annexes. L'exploration des parois pelviennes exaspère encore la douleur, mais elle diminue et disparaît si on retire en partie la main, si on touche seule-

ment avec le bout de l'index : c'est en réalité le plancher du bassin qui est sensible ; le releveur de l'anus est contracturé, on sent qu'il forme comme un diaphragme, comme une sangle transversale et tendue dont on peut suivre avec le doigt les insertions périphériques, et c'est la pression exercée pendant le toucher par la saillie convexe des deux ou trois premiers doigts qui exaspérerait la douleur.

La *névrite du plexus sacré* entraîne des douleurs dont le siège est fort voisin de l'articulation sacro-iliaque et une certaine parésie des membres inférieurs qui peut aller jusqu'à la paraplégie ; si on ajoute qu'elle est due en général à une infection des suites de couches, on se rend compte des analogies frappantes avec l'arthrite. Mais dans la névrite, les irradiations vers la cuisse sont plus fréquentes, il n'y a jamais de tuméfaction articulaire, la pression extérieure de l'article ne provoque pas de douleur; enfin, dans les cas de névrite ancienne, le membre a perdu de sa force, quelquefois même il est paralysé. Ce n'est pas seulement la douleur qui limite les mouvements.

Les *paraplégies* dues à une affection de la moëlle ou causées par l'hystérie s'accompagnent dans le premier cas de contracture, de troubles des sphincters, d'atrophie, et, dans le deuxième, d'anesthésie, ce qui rendra toute confusion impossible.

La *névralgie lombo-abdominale* peut simuler l'arthrite sacro-iliaque, mais, en recherchant soigneusement les points douloureux caractéristiques de chaque affection, on voit qu'ils ne coïncident pas. Ceux qui sont causés par la névralgie siègent au niveau des trous de conjugaison, vers le milieu de la crête iliaque, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. De plus, la marche n'exagère pas les douleurs de la névralgie comme celles de l'arthrite.

Matthews Duncan a signalé deux cas d'*endolorissement*

rhumatismal des ligaments sacro-sciatiques ; la douleur se rencontre alors à leur niveau et non sur l'interligne articulaire.

La *typhlite*, la *salpingite* et l'*appendicite* sont des affections facilement reconnaissables, aussi nous ne les signalons que pour mémoire.

La *constipation* peut causer des douleurs localisées au côté gauche, au niveau de l'S iliaque, mais cet état est facilement reconnaissable, il suffit d'y penser.

*
* *

Le traitement des arthrites puerpérales varie suivant leur nature. On ne saurait traiter de la même façon une arthrite rhumatismale et une arthrite blennorrhagique, une arthrite aiguë et une arthrite chronique ; il varie aussi suivant l'époque de la puerpéralité considérée, la femme grosse exigeant plus de ménagements que la femme qui allaite, par exemple.

Mais il est une partie du traitement qui est commune à toutes les formes et qu'on ne saurait trop exiger des malades, c'est le repos absolu. Il fait plus à lui seul pour l'apaisement des douleurs et le soulagement des malades que toutes les médications. D'ailleurs, pour peu que les souffrances soient vives, les malades s'y résolvent elles-mêmes.

Dans le cas de rhumatisme polyarticulaire, on ne doit pas employer le salicylate de soude à haute dose pendant la grossesse, parce que, d'une part, il irrite le rein dont le bon fonctionnement importe à un si haut point, parce que, d'autre part, il est capable de provoquer les contractions utérines.

L'antipyrine, au contraire, sera indiquée pendant la grossesse et contre-indiquée pendant l'allaitement, parce qu'elle

a la réputation de diminuer la sécrétion lactée. On pourra, dans ce cas, employer les opiacés.

A ces calmants généraux on ajoutera les calmants locaux, le salicylate de méthyle en particulier.

Un régime sévère interviendra : le lait et les potages légers seront seuls permis, on prescrira les eaux alcalines faibles, les laxatifs légers.

Dans le cas de rhumatisme oligoarticulaire, on emploiera les mêmes calmants généraux et les mêmes calmants locaux contre la douleur, et, sans craindre l'ankylose possible, on pratiquera l'immobilisation dans un bandage compressif.

Puis, quand la maladie commencera à céder, on hâtera la résolution par la révulsion au niveau de la jointure.

Enfin, quand la maladie sera complètement tombée, on pratiquera le massage de l'articulation, on prescrira l'hydrothérapie chaude ou tiède pour parachever la guérison.

Dans le cas d'arthrite infectieuse, on cherchera au début à arrêter ou à modérer l'inflammation par l'emploi des révulsifs à l'extérieur et du calomel à l'intérieur ; mais si on n'a pas réussi à empêcher la purulence, au moindre signe de fluctuation, on se résoudra rapidement à l'incision sans s'attarder aux moyens médicaux. Avec les moyens antiseptiques que nous possédons, à cette heure, la suppuration tarit vite et sûrement.

La statistique publiée par Dührssen est concluante à ce point de vue.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

L'étendue de la thèse que nous avons entreprise et que nous avions crue moins considérable, nous empêche de reproduire toutes les observations que nous avons recueillies chez les divers auteurs qui se sont occupés, d'une façon plus ou moins directe, de la question des arthrites de la symphyse sacro-iliaque. Nous nous contenterons donc d'indiquer quelques sources où les chercheurs à venir pourront alimenter leur documentation, tant au point de vue des arthrites de la grossesse que de celles du postpartum.

En adoptant l'ordre chronologique, nous allons signaler les auteurs que nous avons lus et que l'on retrouvera à l'index bibliographique.

1° Joyeux......	1842	6° Dührssen.......	1889
2° Hiller.......	1844	7° Budin..........	1893
3° Martin F....	1852	8° Cubertafon.. ..	1894-95
4° Feuillet......	1865	9° Cantin.........	1898-99
5° Fodéré......	1869	10° Lop....	1901

Nous ajouterons à cette liste Fournier, qui a observé 4 cas d'arthrite blennorrhagique, et Vinay, qui en a observé cinq, nous devons avouer que, soit faute de temps, soit faute de documents précis, nous n'avons pu découvrir ni l'époque, ni l'endroit où ils les ont publiés.

Nous allons maintenant reproduire l'observation qui nous a

donné l'occasion d'entreprendre ce travail, nous reproduirons ensuite celles de Lop et de Budin. Toutes les trois se rapportent à des arthrites du postpartum.

Observation

Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Puech, à la Maternité de Montpellier

Le 17 novembre 1902, entre à la maternité de Montpellier Augustine P..., âgée de 22 ans, giletière, secondipare.

La première grossesse, qui date de 2 ans 1/2, a été féconde en incidents. Elle fut d'abord marquée à 7 mois par une bartolinite double succédant à des pertes blanches abondantes, et que la malade laissa évoluer à peu près spontanément; plus tard, après l'accouchement, l'infection puerpérale se manifesta par un abcès du sein qui a laissé par son ouverture une cicatrice très nette.

Une métrite survint ensuite, à la suite de laquelle on fut amené à faire un curettage de la cavité utérine. Entre temps, Augustine P... avait accouché, après un travail rapide, d'un enfant qui vint au monde bien portant, mais mourut à six mois, de méningite.

Cette femme, dont la menstruation s'établit à 16 ans, est depuis cette époque fort bien réglée, elle perd abondamment pendant cinq à six jours à chaque période menstruelle.

Dans ses antécédents personnels, on note surtout ce fait qu'à 8 ans 1/2, à la suite d'une chute de charrette (nous dit-elle), une douleur s'installa dans l'*articulation de la hanche droite*, et persista en s'aggravant pendant trois mois. A cette époque, le médecin, consulté, diagnostiqua une coxalgie au début, et immobilisa la jeune fille dans la gouttière de Bonnet pendant une durée de huit mois, ce qui amena la guérison avec une déformation caractéristique du membre.

Il y a un an, fièvre typhoïde, pendant la convalescence de laquelle apparaissent des abcès aux membres inférieurs.

Voici quels sont les antécédents héréditaires. Le père, âgé de 51 ans, est bien portant; la mère, âgée de 48 ans, a eu six grossesses et deux fausses couches. Des cinq frères ou sœurs d'Augustine P..., trois sont morts en bas-âge, une sœur est morte à 9 ans 1/2 de la dothiénentérie; une autre sœur, âgée de 25 ans, est mariée et a deux enfants bien portants.

Le début de la grossesse actuelle ne peut être nettement précisé, car il y a contradiction entre les dires de la malade et les symptômes observés. Depuis les premiers temps se produisent des vomissements matutinaux peu violents, mais qui n'ont pas cessé.

Examinée au moment de son entrée, on diagnostique au point de vue obstétrical une tête mobile au-dessus du détroit supérieur en position gauche. Au point de vue chirurgical, on note que la hanche droite, autrefois atteinte, présente les déformations, de la coxalgie sans ankylose de l'articulation coxo-fémorale, mais avec raccourcissement du membre inférieur de trois à quatre centimètres, ce qui provoque une légère claudication Les muscles sont atrophiés, il n'y a pas de subluxation.

L'accouchement a lieu le 17 janvier 1903, à la suite d'une rupture prématurée des membranes, qui se produit le 16 janvier, à 5 heures du soir. Les premières douleurs apparaissent à 4 heures du matin, la tête est alors engagée en O I G A. A 6 heures, la tête est fléchie et dans l'excavation; à 6 h. 45 minutes, elle est au périnée, la rotation est faite; à 7 h. 20, le dégagement se fait en O P. L'enfant, du sexe féminin, est volumineux, il pèse 3 k. 445 gr.; il paraît bien constitué.

La délivrance se fait spontanément à 7 h. 50,

Les suites de couches sont d'abord presque normales et les lochies sont parfaites quant à l'odeur et à la couleur ; à peine signale-t-on quelques légères tranchées, mais on peut déjà constater un manque de parallélisme entre la température, qui est constamment au-dessous de 37°, et le pouls, qui oscille aux environs de 90 pulsations à la minute.

Le 23, aussitôt après la visite du matin, vers 11 heures, une douleur se déclare, localisée d'abord entre les deux fesses, nous dit la femme, au niveau du sacrum ; la position assise est impossible ; puis la douleur se généralise à tout le membre inférieur et suit le trajet du sciatique, en même temps elle augmente en intensité et est telle, aux environs de 4 heures, que la patiente jette de grands cris et qu'on est obligé d'appeler l'interne Celui-ci, ne pouvant examiner la malade complètement à cause des souffrances, croit à une névralgie sciatique, court à l'indication. Une piqûre de morphine provoque un soulagement momentané.

La température était de 38°3 et le pouls à 104

Le lendemain 24, la douleur est un peu moins vive et la température a baissé. Elle est à 37°5, mais le pouls est toujours à 104.

M. Puech procède alors à l'examen.

Par le palper extérieur il détermine une très vive douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Le toucher vaginal la détermine au même endroit et au même degré.

Les signes d'Erichsen et de Larrey sont positifs ainsi que le choc du poing sur le grand trochanter et la douleur est nettement localisée à l'articulation sacro-iliaque. Les parties sont normales et il n'y a pas trace d'inflammation superficielle.

On prescrit l'immobilité, des applications locales de salicylate de méthyle, de l'antipyrine à l'intérieur, en ayant soin de recommander à la femme de prévenir si le lait venait à diminuer.

Le soir, la température est passée à 38°5, le pouls est à 110, mais, sous l'influence de la médication, la douleur semble atténuée.

Le 25 au matin, la fièvre est tombée, la température est à 36°5 et le pouls tend à devenir moins fréquent, il est à 96°, mais la douleur ne paraît pas diminuer bien rapidement.

Pendant les jours suivants, il y a toujours un peu de température le soir, mais le pouls diminue de rapidité ; il est à 80°, le 27. De plus, la température du matin est inférieure à 37°.

Les douleurs spontanées s'apaisent presque complètement et l'antipyrine devient presque inutile ; on la supprime le 27 parce que la sécrétion lactée paraît diminuer sensiblement, mais on continue toujours les applications locales.

A partir de ce jour, le mieux s'accentue, il n'y a plus de fièvre, les douleurs disparaissent complètement, mais l'articulation reste très sensible au toucher et la malade est incapable de marcher. Puis, progressivement, la marche s'établit, et le 23 février, un mois juste après le commencement de l'affection, la malade veut sortir malgré l'avis de M. Puech, qui voulait lui procurer une ceinture pelvienne, et quoique la symphyse soit encore douloureuse et que la difficulté pour progresser soit grande. C'est appuyée sur les bras de sa mère qu'elle descend les degrés de la Maternité et qu'elle franchit la distance très courte qui la sépare de la rue où elle prend le tramway.

Nous avons revu la malade depuis, et elle nous a raconté la peine qu'elle avait eue à faire ce court trajet et la gêne que lui causait, dans sa maison, cette impotence fonctionnelle qui la condamnait à un repos presque absolu.

Petit à petit cependant, la réparation s'est faite, et actuellement (10 juillet), elle nous affirme qu'elle ne souffre plus depuis déjà quelque temps et qu'elle peut vaquer, sans fatigue, aux soins de son ménage.

Observation tirée de l'Article de Lop sur la *Presse Médicale* du 23 novembre 1901, pag. 293.

Mme X..., primipare, habitant la banlieue de Marseille, est accouchée le 28 février 1900. L'accouchement fut des plus pénibles ; la sage-femme qui l'assistait, Mme Gouati, dut faire appeler un confrère.

L'enfant, très volumineux, se présentait par le siège ; il n'a pas fallu moins de trois quarts d'heure pour en faire l'extraction.

Le fœtus succomba pendant le cours des manœuvres faites pour dégager la tête.

Le puerperium fut fébrile malgré les précautions prises par mon confrère, mais les accidents furent de peu d'intensité, et le seizième jour la malade essayait de se lever.

A sa grande stupéfaction, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait ni marcher ni s'asseoir, et on la recoucha aussitôt. La position assise devint impossible ; dès que la malade se mettait sur son séant, elle éprouvait dans la région sous-pubienne une douleur atroce qui s'irradiait dans le vagin.

Au bout de quelques jours, pensant que son état ne s'améliorerait pas au gré de ses désirs si elle gardait le lit, la malade résolut de se lever, malgré la persistance des douleurs.

Pendant une semaine, elle essaya de lutter, mais en vain; c'est alors que la famille se décida à rappeler le médecin traitant, c'est-à dire le vingt-troisième jour de l'accouchement. La marche, les positions accroupies ou assises étaient impossibles ; la défécation et la miction ne pouvaient avoir lieu que dans les positions debout ou couchée.

La miction étant devenue plus fréquente et douloureuse,

on institua un traitement contre cette symptomatologie vésicale, mise sur le compte d'une cystite.

Il va sans dire qu'aucune amélioration ne se produisit, et, au bout d'un mois de traitement, l'état était demeuré stationnaire.

La marche s'était cependant améliorée et la position assise pouvait être conservée quelques instants.

C'est alors que je fus appelé à voir cette cliente, c'est-à-dire cinquante-six jours après l'accouchement.

En dehors d'un état général déplorable, facile à expliquer par deux mois de souffrances continues, je constatai, après avoir examiné méthodiquement tous les organes contenus dans l'excavation, les lésions suivantes :

Par le toucher, le doigt explorateur réveille une très vive douleur au niveau des symphyses sacro-iliaques et sacro-coccygienne, la douleur est à son maximum à droite ; cette exploration, faite avec douceur, arrache des cris à la malade ; au niveau des symphyses il existe un léger empâtement périphérique. En mettant la malade en position obstétricale, tout en gardant le doigt sur l'interligne articulaire, on sent, aussi bien à droite qu'à gauche, une certaine mobilité anormale qui s'accentue davantage par le procédé de Mathews-Duncan, recommandé par M. le professeur Budin.

Donc, *relâchement et inflammation des articulations sacro-iliaques.*

Les articulations coxo-fémorales sont saines.

L'examen de l'arc antérieur du bassin allait me révéler des désordres encore plus grands, donnant ainsi l'explication des troubles urinaires.

L'exploration de la symphyse pubienne est des plus pénibles ; la moindre pression est insupportable. La paroi supérieure du vagin présente un bourrelet œdémateux considérable. En déprimant avec douceur cet œdème, je par-

viens avec facilité dans l'articulation, où je puis loger aisément l'index et le médius droits donnant en largeur 4 centimètres. Laissant ainsi les doigts dans l'interligne articulaire, je recommandais à la malade de soulever alternativement les cuisses : par cet artifice je constatais une mobilité anormale du pubis, encore plus appréciable par la main gauche mise à plat sur la symphyse.

Dans la position debout, cette mobilité s'accentue davantage.

Ces désordres articulaires expliquent les troubles fonctionnels suivants :

a) La marche, impossible sans tuteurs, rappelle celle du canard ; le *dandinement* est des plus accusés ; *agrandissement* de la base de sustentation, les pieds glissent sur le sol et s'en détachent difficilement.

b) Difficulté de garder la position assise et de prendre celle accroupie.

c) Troubles de la miction. Ces derniers peuvent être ainsi expliqués : la vessie, à l'état de réplétion, se trouve pincée par les branches mobiles du pubis, pincement encore plus accentué dans les positions assise et accroupie.

La mensuration des diamètres du bassin, les os du pubis étant rapprochés et maintenus par un aide, donne des chiffres normaux.

La paroi postérieure du vagin, l'utérus et les annexes, sont sains.

La conduite tenue a été la suivante, indépendamment d'un traitement général reconstituant.

Repos absolu et application d'une ceinture plâtrée qui a été laissée en place douze jours ; puis, comme elle était devenue insuffisante, je l'ai remplacée par un deuxième appareil silicaté cette fois, sous la forme d'un double spica de l'aine, qui, très bien toléré, est resté en place vingt-sept

jours. Le quarantième jour, j'enlève cet appareil, qui est remplacé par une ceinture orthopédique *ad hoc*, et, après avoir exploré les articulations, j'autorise le lever.

Redevenue enceinte en juillet 1900, j'ai accouché Mme X... en avril dernier. Durant cette grossesse, très surveillée pendant son évolution et le travail, les articulations n'ont pas bronché.

Observation tirée de la leçon de M. Budin, à la Charité, publiée par le *Progrès Médical* du 1er avril 1893, pag. 228.

Nous laissons la parole à M. Budin, qui s'adresse à ses élèves de la façon suivante :

Vous venez de me voir examiner tout à l'heure, au début de la visite, une femme placée au lit n° 3. Cette malade a eu un accouchement tout à fait normal, les suites en ont été très bonnes, elle n'a jamais eu la plus légère élévation de température, enfin elle est excellente nourrice. Il y a quelques jours, le 25 avril dernier, désirant quitter le service, elle voulut essayer ses forces ; elle s'aperçut alors qu'elle était incapable de se tenir debout ; en posant les pieds par terre, elle ressentait une vive douleur qui partait de la région fessière gauche et s'irradiait en arrière dans toute la cuisse du même côté. Elle ne pouvait marcher, car, si son membre droit fonctionnait bien, il lui était impossible, disait-elle « de peser sur le pied gauche ». Elle fut obligée de s'asseoir, puis de se recoucher. Dans ces deux positions, la douleur disparut complètement. Le lendemain matin, je l'examinai avec soin. Voici les renseignements que j'obtins :

Cette femme avait eu, en 1890, une première grossesse qui s'était terminée prématurément, à 6 mois 1/2. Elle fut ensuite atteinte d'une fièvre typhoïde à laquelle succédèrent deux érysipèles.

Elle ignore le début exact de sa seconde grossesse; elle a, en effet, continué à perdre du sang assez régulièrement pendant les premiers mois, et, le 4 décembre dernier, les hémorragies se répétant et devenant plus abondantes, elle fut admise dans un service de médecine de la Charité. Bien qu'elle conservât le repos au lit, elle continua à perdre pendant cinq semaines, d'abord du sang pur et des caillots, puis un liquide rosé.

Au milieu de janvier, on lui permit de se lever ; elle ressentit, au niveau de la fesse gauche, une douleur de médiocre intensité qui descendait vers la cuisse. Quelques autres symptômes accompagnant cette douleur, on crut au relâchement des symphyses du pubis et on l'envoya dans notre service pour y accoucher. La veille du jour où le travail commença, elle souffrait tellement qu'elle déclara qu'il lui était impossible de descendre au bain.

La délivrance eut lieu spontanément le 15 avril 1892, l'enfant se présentait par le sommet en position OIGA; c'était une fille, du poids de 4,320 grammes. En sept heures tout était terminé. Pendant la période d'effacement et de dilatation, les douleurs de la fesse avaient été très vives, mais la femme assure qu'elle a beaucoup moins souffert pendant la période d'expulsion. C'est dix jours plus tard qu'elle essaya de se lever.

Je tentai de déterminer d'abord le siège exact de la douleur. Elle était ressentie au niveau de la fesse gauche, en haut et en arrière; elle était provoquée par la station debout; elle disparaissait lorsque la malade s'asseyait ou se couchait: voilà ce que nous savions déjà.

La femme ayant été placée sur le ventre, la pression sur les apophyses épineuses de la région lombaire et du sacrum ne détermina aucune sensibilité. Toute la partie droite du bassin, la crête iliaque, les épines iliaques, la symphyse

sacro-iliaque, pouvaient être explorées facilement, même en déployant une certaine force dans les pressions faites avec le pouce. A gauche, on ne provoqua d'abord aucune douleur dans toute l'étendue de la région fessière, mais quand on parvint au-dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure, en arrière de la symphyse sacro-iliaque, la femme se plaignit vivement. Cet examen a été répété un certain nombre de fois et toujours avec un résultat identique. La douleur, qui s'irradiait jusqu'à la partie postérieure de la cuisse, avait donc son point de départ nettement limité ; on ne la provoquait ni sur la partie inférieure de la fesse, ni dans la fosse iliaque externe, ni au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Si on appuyait brusquement sur la plante des pieds, en refoulant de bas en haut vers la hanche le membre inférieur gauche étendu et soulevé au-dessus du plan du lit, si, exerçant de fortes pressions sur les deux crêtes iliaques, de dehors en dedans, on tentait de les rapprocher, ou si, au contraire, agissant de dedans en dehors, on tentait de les écarter, on provoquait la même douleur, au même point, avec les mêmes caractères, seulement elle était beaucoup atténuée ; si, au contraire, on appuyait séparément sur les grands trochanters, aucune sensation pénible n'était accusée.

Enfin, la malade étant sur le dos, si on mettait la main sur la paroi abdominale, et si l'on appuyait sur la fosse iliaque interne, en se dirigeant en arrière et aussi bas que possible à gauche, non loin du promontoire, en dedans du psoas, on déterminait encore de la douleur. Des pressions semblables, exercées au même endroit du côté opposé, ne produisaient aucune gêne.

Le toucher vaginal permettait une exploration très facile du bassin. La femme étant placée sur le dos, on trouvait le col et le corps de l'utérus un peu gros, tels qu'ils sont chez

une personne récemment accouchée : des pressions à droite et à gauche ne déterminaient aucune sensibilité des annexes. Tous les organes contenus dans l'excavation étaient sains. Si avec deux doigts, l'index et le médius, on atteignait la face antérieure du sacrum, les trous sacrés, la symphyse sacro-iliaque et la ligne innommée du côté droit, la malade n'accusait rien de particulier. Il en était de même d'abord à gauche, mais quand, après avoir exploré les régions latérales, les doigts, ayant refoulé profondément les tissus, atteignirent la symphyse sacro-iliaque gauche, la douleur fut immédiatement réveillée et elle arracha un cri. Cette douleur, qui s'irradiait vers la cuisse, avait son point de départ nettement limité à l'articulation, il était d'autant plus facile de s'en rendre compte qu'à ce niveau il existait une ligne saillante, un léger bourrelet, une sorte de gonflement non accompagné toutefois d'empâtement périphérique et limité à l'interligne articulaire.

L'exploration interne nous permettait donc d'arriver à une localisation plus précise encore du siège de la douleur. Les mêmes, recherches faites en pratiquant le toucher de la main gauche, donnèrent les mêmes résultats.

Y avait-il réellement une mobilité anormale des symphyses comme on l'avait supposé pendant la grossesse ? Pour le savoir, j'ai essayé le procédé indiqué par J. Matthews Duncan ; il recommande de mettre une main à plat sur le siège de la malade et de fixer son attention sur les apophyses épineuses de la crête sacrée et sur les épines iliaques postérieures ; l'autre main appuie d'avant en arrière sur la crête iliaque. On pourrait ainsi sentir les mouvements anormaux s'il en existait. Je n'en trouvai point.

Je procédai encore autrement, je fis mettre la femme debout, et deux doigts introduits dans le vagin pénétrèrent jusqu'au bord inférieur de la symphyse sacro-iliaque gau-

che, avec laquelle ils restèrent en contact ; je fis marcher sur place la patiente, je la fis s'incliner en avant et se redresser, je ne sentis aucun déplacement des surfaces osseuses.

En présence de ces symptômes et de ces constatations diverses, je pensai qu'il existait une légère arthrite de la symphyse sacro-iliaque gauche.

CONCLUSIONS

1° L'inflammation de la symphyse ilio-sacrée pendant la grossesse a peu de tendance à la suppuration ; elle a une grande tendance à faire du pus après l'accouchement.

2° C'est que la première est causée presque toujours par le rhumatisme ou par des microbes faiblement pyogènes, tandis que la cause efficiente de la seconde est constituée par les germes normaux de la suppuration.

3° La cause déterminante la plus importante, la seule pour ainsi dire, est le relâchement des symphyses qui ébauche déjà les phénomènes pathologiques et provoque la localisation.

4° Toutes les transitions existent entre les diverses formes cliniques de ces symphysites, qui constituent comme une chaîne ininterrompue reliant la forme chronique à la forme de toutes la plus aiguë : l'arthrite purulente.

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — Die Verletzungen der Beckengelenke während der Geburt und in Wochenbette (Schmidt's Jahrbücher, 1876).
Ueber Zerreissung der Schamfüge während der Geburt. Inaug. Dissert. — Leipzig, 1868.

ALEXANDRE. — Contribution à l'étude du rhumatisme pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1883-84.

ARLOING. — Recherche sur la septicémie. Lyon, 1884.

BACH. — Thèse de Strasbourg, 1832.

BALETTE. — De l'action du salicylate de soude sur l'utérus. Thèse de Paris, 1883.

BALANDIN. — Tageblatt der deutscher Naturforscher Versammlung in Rostock, 1871.

BALLANTYNE. — Diseases of infancy, 1891.

BARAL. — Contribution à l'étude du rhumatisme puerpéral. Thèse Paris, 1885.

BEAUDELOCQUE — Art des accouchements, 1796, III[e] éd. tom. I, pag. 28.

BOIVIN (Mad[e].). — Traité des maladies de l'utérus et des annexes. Paris, 1833.

BONNAIRE. — Art. Disjonction des symphyses (in Traité d'accouchements de Tarnier et Budin, t. III, pag. 898).

BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris, 1882, p. 354.

BOURCY. — Pseudo-rhumatisme infectieux. Thèse de Paris, 1883.

BOYCE. — Rhumatic fever complicating Puerperium. Brit. med. journal, 1884, vol. II, p. 1238.

BRAUN. — Ueber symphysenlockerung und symphysenruptur (Archiv für Gynœk, t. 48).
— Centralblatt für Gynœkologie.

BRIEGER. — Ueber die Complication einiger acuten Krankheiten mit Schwangerschaft (Charité, Annalen, 1886, t. XI, p. 143).

BUDIN. — Mouvements de la symphyse pubienne pendant la grossesse (Progrès médical, 1875).

— Leçon de la Charité, 24 novembre 1891.

— Arthrites puerpérales (Progrès médical, 1893).

CANTIN. — Relâchement des symphyses et arthralgies pelviennes d'origine gravidique. Th. Paris, 1898-99.

CAZEAUX. — Traité d'accouchements, 1874, p. 518.

CHARPENTIER. — Traité d'accouchements, t. I, p. 661 et 859.

CONKLIN. — American Journal of Obstetric, 1892. The pelvic symphyses in pregnancy and parturition.

CORDON. — Mémoire sur l'inflammatiou suppurative de la symphyse pubienne (Boston médical, 1876).

COURTY. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Article Bassin), 1866.

CROUZAT. — Pratique obstétricale, 1882.

CUBERTAFON. — Polyarthrites pelviennes dans la puerpéralité. Th. Paris, 1894-95.

DELENS. — Thèse agrégation, 1872.

DESORMAUX. — Article bassin du Dictionnaire en 30 volumes.

DESPLATS. — Influence du rhumatisme sur la production des périarthrites scapulo-humérales, 1872.

DOLÉRIS. — De la fièvre puerpérale. Thèse de Paris, 1880.

DUBOIS. — Quelques considérations sur la marche des affections articulaires pendant la grossesse. Th. Paris, 1879.

DÜHRSSEN. — Inflammation des symphyses pelviennes. Archiv für Gynœk, t. XXXV.

DUNCAN. — Mécanisme de l'accouchement, 1876. Trad. Budin, p. 150.

FARABEUF. — Dystocie du détroit supérieur, mécanisme, diagnostic, traitement, symphyséotomie. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1894.

FEUILLET. — Des arthrites du bassin qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement. Th. Paris, 1865.

FODÉRÉ. — Thèse de Paris, 1869.

FONSART. — Inflammation des gaînes tendineuses chez les nouvelles accouchées. Th. Strasbourg, 1869.

FOURNIER. — Discussion à la Société médicale des Hôpitaux, 1866.
FOURNIER G. — Du rhumatisme articulaire pendant la grossesse. Th. Paris, 1885-86.
FRAISSE. — Disjonction de la symphyse du pubis pendant l'accouchement. Th. Paris, 1882.
GALVAGNI. — Ueber einige Erkrankungen der Beckensymphysen. Rev. clin. VII, 1868.
GEORGIADÈS.— De l'arthrite génitale survenue pendant la grossesse et dans le cours de la lactation. Th. Paris 1883.
GMELIN. — Ueber Krankheiten des Symphysis ossium pubis. In. Dissert. Tubingen 1884.
GOTCHAUX.— De la symphyséotomie. Th. Paris 1892-93.
HAMON. — Rupture de la symphyse du pubis pendant l'accouchement. Liège 1882, page 42.
HANOT. — Rhumatisme puerpéral dans les premiers mois de la grossesse. Avortement. France médicale 1881, tome I, page 706.
HERVIEUX.— Traité clinique des maladies puerpérales. Paris 1870, page 1.056.
HUCHARD — Union médicale 1875.
IRESCO. — De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites. Th. de Paris 1883.
JOYEUX. — De l'inflammation des symphyses du bassin aprés l'accouchement. Th. de Strasbourg 1842.
JACQUEMIER.— Manuel des accouchements, tome II, page 1.846.
KLEIN. — Zur Mechanik des Ileosacralgelenkes Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynœk. 1891.
KORSCH.— Ueber die Beweglichkeit der Gelenkverbindungen des Beckens. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynœk. 1881, tom. VI, page 10.
LOP. — Des arthrites pelviennes. Presse médicale, 23 novembre 1901, pag. 293.
— La symphyésotomie. Gazette des hôpitaux 1895.
LAPERSONNE.— Des arthrites infectieuses. Th. d'agrégation 1886.
LENOIR.— De l'art des accouchements 1865
LORAIN.— Le Rhumatisme génital. Gaz. Hôp. 1875, page 705.
LOUIS.— Communication à l'Académie Royale de Chirurgie, 1819.
MALGAIGNE.— Journal de Chirurgie (observat. de Hiller), 1884.

Martin.— Mémoires de la Société de Chirurgie, 1843.

Martinelli — Union médicale, 1867.

Mercier. — Etude sur l'arthrite survenue pendant le cours de la grossesse. Th. Paris 1883.

Meyer. — Der Mechanismus der Symphysis sacro-iliaca. Archiv für Anat. und Physiologie, 1878.

Noorden (V.). — Ueber den Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus in Schwangerschaft und Wochenbett (Charité Annalen, 1892, tome XVII, page 185).

Ollier.— Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Panas.— Bulletin de la Société de chirurgie, 1877, page 116.

Paré (A.).— Œuvres, revues par Malgaigne, 1840, tome III.

Patenostre.— De l'identité de l'arthrite puerpérale et de certains rhumatismes blennorrhagiques. Th. Paris, 1884.

Peter.— Discussion à la Société médicale des Hôpitaux, 1867.

Phenomenow.— Zur Lehre von dem Kyphotischen Becken und der Ruptur der Beckensymphysen während der Geburt. Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynœk. 1882, tome VII, page 268.

Pigeolet.— Revue médico-chirurgicale, tome III, 1848.

Pinard.— Sur l'anatomie et la physiologie des articulations sacro-iliaques avant et après la symphyséotomie. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894.

Poullet (J.). — De la rupture des articulations du bassin pendant l'accouchement. Lyon médical, 1864.

Puech. — Guide de thérapeutique obstétricale, 1903.

Quinquaud.— Gazette médicale, 1872, pages 496, 547, 570, 635.

Remy.— Relâchement et rupture des symphyses du bassin. Archives de Tocologie, 1889, n° 4.

Smellie.— Traité théorique et pratique des accouchements. Trad. française. Paris 1771, tome III.

Souchet. — Mémoire de la Société royale de médecine, tome I, page 314.

Tarnier. — Traité de l'art des accouchements, 1886, tome II, page 259.

— Du relâchement pathologique des symphyses (Clinique de 1894).

Tison.— Du rhumatisme pendant la grossesse. Th. Paris 1876.

Tracon et Bué. — De l'accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse. Archives de Tocologie, 1892, page 6.

VACHÉE. — Du rhumatisme uro-génital. Th. Paris 1868.

VELPEAU. — Recherches et observations sur la phlegmatia alba dolens, 1824.

VARNIER. — Les bassins retrécis sont-ils dilatables sans symphyséotomie. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894, tome II, page 429.

VINAY. — Maladies de la grossesse et des suites de couches, 1894. Chap. X, maladies des articulations et des os, page 518.

WALCHER.— Archiv für Gynœkol., tome LVI.

— Compte-rendu de la Semaine médicale, 1898.

ZAGLAS.— Monthly Journ. of. med. Science, 1851.

ZWEIFEL. — Ueber Symphyseotomie und Symphysenruptur. Centralblatt f. Gynœk., n° 44.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 Juillet 1903.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 Juillet 1903.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION.. 5

Chapitre Premier. — De l'articulation sacro-iliaque à l'état normal. — Anatomie et physiologie. 10

Chapitre II. — De l'articulation sacro-iliaque pendant la grossesse. — Relâchement physiologique et pathologique des symphyses............ 19

Chapitre III. — De l'articulation sacro-iliaque enflammée pendant la grossesse. — Arthrite rhumatismale aiguë. — Arthrite puerpérale aiguë. — Arthrite chronique.................... 30

Chapitre IV. — De l'articulation sacro-iliaque pendant le post-partum. — Rupture de la symphyse. — Arthrite aiguë non suppurée. — Arthrite aiguë suppurée........................ 44

Chapitre V. — Diagnostic et Traitement.................. 53

Chapitre VI. — Observations.............................. 58

CONCLUSIONS.. 71

BIBLIOGRAPHIE.. 72

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REVUE GÉNÉRALE

DES

MALFORMATIONS CONGÉNITALES
DU CŒUR

A PROPOS D'UN CAS DE

CYANOSE PÉRIPHÉRIQUE (Maladie Bleue)

tardivement reconnue